

## **INDICE**

1. [CARTA DE DERECHO Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES](#)
2. [FORMULARIO DE LA DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO](#)
3. [TRABAJO DE GRADO](#)

**Caracterización de los trastornos clínicos prevalentes en los consultantes del Centro de  
Asesoría Psicológica, C.A.P de la Universidad de la Costa, C.U.C durante el periodo de  
2010 y 2011**

Dorian Ximena Coba Galindo

Bertha Cecilia Upegui Galofre

Universidad de la Costa, C.U.C

Programa de Psicología

Barranquilla, 2012

**Caracterización de los trastornos clínicos prevalentes en los consultantes del Centro de  
Asesoría Psicológica, C.A.P de la Universidad de la Costa, C.U.C durante el periodo de  
2010 y 2011**

Autoras

Dorian Ximena Coba Galindo

Bertha Cecilia Upegui Galofre

Asesor

Leonardo Rafael Mass Torres

Universidad de la Costa, C.U.C

Programa de Psicología

**Aprobación del Profesorado de la Facultad de Psicología  
en cumplimiento de los requisitos exigidos  
para otorgar el título de Psicólogo.**

---

**Nota de aceptación**

---

Jurado

---

Jurado

---

Jurado



UNIVERSIDAD  
DE LA COSTA  
1970

Barranquilla, 15 de Febrero de 2013. Personería Jurídica N° 352 Abril 1971 • Barranquilla - Colombia

**Dra.**  
**MILDRED PUELLO SCARPATI**  
**Decana Facultad de Psicología.**

Cordial saludo,

La presente es para certificar que las estudiantes de Psicología BERTHA CECILIA UPEGUI GALOFRE identificada con cédula de ciudadanía n° 55.306.270 de Barranquilla y DORIAN XIMENA COBA GALINDO identificada con cédula de ciudadanía n° 32.760.879 de Barranquilla sustentaron el proyecto de grado titulado: "Caracterización de los trastornos clínicos prevalentes en los consultantes en el Centro de Asesoría Psicológica CAP de la Universidad de la Csta CUC, durante el período de 2010 y 2011", con una calificación de APROBADO.

La sustentación fue realizada el 30 de Enero de 2013, con la presencia del comité evaluador.

Gracias por su atención.

**MONICA FRANCO MONTENEGRO**  
**Líder de Investigación Grupo CES**  
**Facultad de Psicología**  
**CUC**

### **Agradecimientos**

*A mi esposo Juan Guillermo Arévalo Ascanio por brindarme la oportunidad de realizar mis sueños por darme ánimos y fuerzas para seguir adelante con mis estudios durante estos 5 años de alegría y tristezas a la vez de poder seguir con el proyecto, a mi hijos Valeria Arévalo y Juan Esteban Arévalo por su amor incondicional por llenarme de ese amor y alegría que me dan con sus sonrisas tan hermosas.... Gracias a mis padres Sonia Galofre y Fidel Upegui!*

*Bertha Cecilia Upegui Galofre.*

*A Dios por iluminarme el camino para alcanzar los logros y culminar satisfactoriamente este sueño anhelado, a mi familia por su apoyo en los momentos más difíciles de mi proceso de formación profesional, a mis hijos por el amor y comprensión que me han brindado durante todo este camino. A los profesores quienes han brindado todo su conocimiento para alcanzar satisfactoriamente esta meta.*

*Dorian coba*

## **Resumen**

El presente trabajo investigativo tuvo como intención primordial caracterizar los trastornos y medir la tasa de prevalencia en los consultantes del centro de Asesoría Psicológico, CAP de la Universidad de la Costa C.U.C. En primer lugar se hace un abordaje teórico de la problemática y su estado del arte, posteriormente se explica la metodología empleada y el alcance de la investigación, por último se caracteriza y se realiza una medición estadística de los tipos de consultantes ya sean estudiantes o egresados; semestre; genero; edad; estrato social; motivos de consulta y el diagnostico de los consultantes durante los años 2010 y 2011. En cumplimiento con el objetivo general del proyecto, entre los resultados se destaca y se determina que el trastorno que aqueja más a los consultantes del Centro de Asesoría Psicológica CAP de la Universidad De La costa C.U.C. está ubicado dentro del DSM-IV en el eje IV correspondiente a problemas psicosociales y ambientales con el nombre “Problemas relativos al grupo primario” durante el 2010 y 2011. De igual forma le sigue los trastornos: Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20] y Z63.9 Problema de relación no especificado [V62.81] pertenecientes al eje 1 del DSM-IV de los consultantes del 2010 y 2011.

***Palabras clave:*** *Trastornos mentales, Tipo de Consultante, Caracterizar, y Tasa de prevalencia.*

### **Abstract**

The first intent of this research work was to characterize the disorder and measure the rate prevailing in the consultants Psychological Counseling Center, CAP of CUC Universidad de La Costa. First instance a theoretical description of the problematic is done and its state of art. Later, we explain the methodology and scope of the investigation. Finally, we characterized and perform a statistical measurement of the consultants, could be student or graduated; semester; gender; age; social strata; causes; and the diagnosis of the consultants during the years 2010 and 2011. Finally and in compliance with the overall objective, the results emerged of the project is determined that the disorder that afflicts more consultants Psychological Counseling Center of the Universidad De La Costa CUC it is located within the DSM-IV axis IV for psychosocial and environmental problems with the name "Problems relating to the primary group." During 2010 and 2011. Similarly follows disorders: Z63.8 parent-child problems [V61.20] and Z63.9 Unspecified problem relationship [V62.81] belonging to Axis 1 DSM-IV of the consultants in 2010 and 2011.

***Keywords:*** *Mental disorders, type consultant, characterize, and prevalence rate.*



## **Tabla de Contenido**

	<b>Pág.</b>
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
3. JUSTIFICACIÓN.....	14
4. OBJETIVOS .....	16
4.1. OBJETIVO GENERAL .....	16
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
5. MARCO TEÓRICO .....	17
5.1. LA EPIDEMIOLOGÍA.....	17
5.1.1. Prevalencia de Trastornos Mentales en Estudiantes Universitarios Usuarios del Servicio de Psicología.....	25
5.1.2 Síndrome de Burnout en estudiantes de dos Facultades de Medicina. Un estudio comparativo entre una institución Colombiana y una Mexicana .....	27
5.1.3 Cansancio emocional, la cara del burnout en los estudiantes universitarios.....	31
5.2. EL DIAGNOSTICO ACTUAL.....	33
5.2.1. DSM-IV Manual Diagnostico y Estadístico De Trastornos Mentales .....	33
5.2.2. Uso del DSM-IV en la elección del tratamiento.....	42
5.2.3. La Distinción entre trastorno mental y enfermedad médica. ....	42
5.3. PRIMER CENTRO DE ASESORÍA PSICOLÓGICO (CAP) Y LA RED DE INSTITUCIONES DE SERVICIOS UNIVERSITARIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA (ISUAP) .....	45
6. MARCO LEGAL .....	47
7. DISEÑO METODOLÓGICO.....	49

8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	51
8.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS .....	51
8.1.1. Edad.....	51
8.1.2. Estado civil.....	52
8.1.3. Género. ....	53
8.1.4. Tipo de Consultante.....	53
8.1.5. Semestre.....	54
8.1.6. Estrato Social. ....	55
8.2. CARACTERIZACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA Y DE LOS TRASTORNOS CLÍNICOS PREVALENTES .....	55
8.2.1. Motivo de consulta.....	56
8.2.2. Diagnósticos .....	56
9. CONCLUSIONES .....	59
10. RECOMENDACIONES.....	62
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
12. ANEXOS.....	69

## **1. INTRODUCCIÓN**

Dentro del plan de desarrollo institucional de la Universidad de la Costa C.U.C se encuentra establecido impartir educación superior como medio eficaz para la realización plena del hombre colombiano, con miras a configurar una sociedad más justa, equilibrada y autónoma, enmarcada en la comunidad nacional e internacional. Teniendo en cuenta este objetivo la facultad de Psicología de esta institución cuenta con un centro de asesorías psicológicas (C.A.P) el cual realiza un seguimiento continuo del perfil del estudiante que voluntariamente ingresa para un proceso de asesoría psicológica. Además se preocupa por promover el desarrollo integral de los estudiantes y egresados de la facultad de psicología de la Universidad de La Costa CUC, realizando evaluaciones psicológicas que buscan fortalecer las competencias personales e interpersonales de los estudiantes de esta facultad, respondiendo a lo especificado en la misión.

Es de suma importancia llevar a cabo el desarrollo de procesos fundamentales desde la investigación que permitan contribuir con estudios específicos en función de conocer los cambios por los cuales las personas pasan; la necesidad de desarrollar un estudio con fines en la caracterización de los trastornos clínicos prevalentes en la población de consultantes del centro de asesoría psicológica C.A.P de la universidad de la Costa permitiría gestar una labor pionera de esta índole, dada la experiencia de no contar en dicha dependencia con estos procesos investigativos.

En función de poder dar desarrollo a esta propuesta es importante destacar para ello la relevancia de algunos estudios epidemiológicos realizados con antelación y que permiten profundizar en conceptos básicos que permitan fundamentarlo.

La epidemiología entendida como el estudio que permita dar cuenta acerca de las relaciones que las enfermedades puedan tener en función de afectaciones en los individuos ubicados en un contexto determinado. Al respecto dice Kahl Coliman (1990): “La epidemiología es la disciplina que estudia la distribución de frecuencias de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de esta distribución” (p. 2)

Sin embargo, a pesar de que la epidemiología apunta su foco de estudio en enfermedades físicas, en psicología son pocos los trabajos epidemiológicos elaborados a nivel de enfermedades mentales. La tendencia del presente estudio es desarrollar un proceso descriptivo que permita consolidar una caracterización de los diagnósticos contemplados en la población de consultantes del centro de asesorías psicológicas C.A.P en los años 2010 y 2011 como proyección de un trabajo sustentado en bases teóricas de la epidemiología. Así mismo, cabe destacar que existe un ente regulador de estos servicios psicológicos y que servirá de apoyo al estudio en mención. La Red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológicos (ISUAP) de la cual es integrante la facultad de psicología de la universidad de la Costa, se plantean la integración de esfuerzos para unificar criterios en torno a la calidad de la prestación de los servicios a sus usuarios, la formación profesional del estudiante y el fortalecimiento de la investigación.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La epidemiología se ha constituido por su desarrollo y consolidación en una disciplina científica que orienta sus esfuerzos al estudio de los aspectos y relaciones esenciales entre el campo de la salud y la enfermedad, entendidos como una dinámica relacional y no como parámetros inamovibles que definan relaciones dada la complejidad interviniente de todos los factores que condicionan la enfermedad en el individuo. Dice Coliman (1990) en su libro fundamentos de la epidemiología: “se debe recordar que la realidad social y los aspectos culturales, ambientales y genéticos, condicionan el desarrollo de la enfermedad en el hombre, constituyéndose así en un proceso dinámico y flexible, y no únicamente en un aspecto rígido” (p. 6)

La epidemiología que en sentido estricto podría denominarse humana en el sentido de su ubicación especial como intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales. Con su trabajo permanente en la aplicación de métodos y principios fundamentales para el estudio de la salud y la enfermedad en el marco de las condiciones humanas.

Los problemas psicológicos concebidos por sus formas incidentes en el desarrollo emocional y social del ser humano y por ende en el desempeño y cumplimiento en relación a sus responsabilidades y tareas asumidas, hace destacar el papel protagónico de estos aspectos para el cumplimiento de esfuerzos investigativos que destaquen los marcos de relación de la salud y la enfermedad en el hombre, desde los procesos fundamentados en la caracterización que se pueda llevar a cabo en un estudio de sustentación epidemiológica.

Los signos de los problemas prevalentes identificados en investigaciones anteriores por la Red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica (ISUAP), Bogotá D.C en los estudiantes y egresados, corresponden a concluir que la depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general, destacándose que actualmente existe una codependencia entre depresión y ansiedad. Diversos marcos conceptuales han aportado incluso desde la práctica clínica con explicaciones que sustenten modos de intervención y prevención para estas problemáticas. Considerando que la población estudiantil puede estar en virtud de ciertas condiciones y factores intervinientes (psicológicos, familiares, culturales y sociales) estar expuesta a generar problemáticas específicas que lleven a efectos negativos en la adaptación dentro del entorno universitario.

Los factores psicológicos juegan un papel muy importante si se presenta una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, importancia que representan en los contextos sociales en los que la población de estudiantes entran con modos específicos de relación. La participación dentro del cumplimiento de roles, que traen consigo formas de comportamiento característicos dados en el entorno universitario; las relaciones que asume el estudiante con sus compañeros y profesores, el acatamiento de la autoridad, del cumplimiento de las normas, todo ello es una visión de la cotidianidad que se inicia desde el propio ingreso a los estudios en la educación superior. Dado lo anterior es considerable precisar los factores asociados a la historia psicológica y emocional de los estudiantes, en relación a los marcos históricos que los define como un individuo en el seno de unas relaciones formativas que parten de su vida familiar.

La constitución de un centro de asesoría psicológica C.A.P como un lugar fundamental en el acompañamiento psicológico del estudiante y el egresado de la facultad de psicología de la

universidad de la Costa, hacen definirlo como una alternativa necesaria para la consolidación de procesos clínicos y de asesoramiento psicológico que cumplan con el aporte para los beneficios en el mejoramiento de la salud mental de sus consultantes. Como aporte para el desarrollo del presente centro y siendo coherente con los requerimientos de dar cumplimiento con el avance en la calidad de sus servicios, se haga beneficioso la generación de un estudio de caracterización que permita sustentar la prevalencia de problemáticas clínicas que presentan sus consultantes, ello como forma de dar conocimiento de las tendencias diagnósticas y del lineamiento de los problemas psicológicos que cumplieron con una mayor tendencia de surgimiento dentro de los años 2010 y 2011.

Lo anterior expuesto nos lleva al planteamiento de la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los trastornos prevalentes en los estudiantes y egresados que asistieron en el Centro de Asesoría Psicológica, CAP, de la Universidad de la Costa, C.U.C durante los años 2010 y 2011?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Teniendo en cuenta la importancia que representa para el centro de asesoría psicológica CAP de la facultad de psicología de la universidad de la Costa la perspectiva de la calidad centrada en la población estudiantil y de egresados, y con ello el mejoramiento continuo de los procesos para alcanzar mejores resultados en la atención de los consultantes y en la formación de los estudiantes de esta institución educativa. Es por lo anterior que el centro de asesoría psicológica (C.A.P) se encuentra adscrito a la Red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica (ISUAP), el cual contribuye en recopilar y proporcionar información desde el punto de vista normativo, conceptual, metodológico, técnico y procedimental sobre calidad de la educación superior y de la atención de salud, que permitan generar condiciones institucionales de organización y de operación, indispensables para el desarrollo con calidad de las acciones de atención de salud a los usuarios y de los procesos formativos de los estudiantes.

El Centro de Asesoría Psicológica, C.A.P de la Universidad de la Costa C.U.C cuyo fin es la promoción de la salud mental y emocional de sus estudiantes y egresados como forma de una labor integral que debe llevarse a cabo en permanencia, promueve el desarrollo en los ámbitos personal, social, académico y familiar; realizando evaluaciones psicológicas y acompañamiento a los estudiantes que ingresan a la facultad de psicología, establece mecanismos de acompañamiento psicológico que faciliten la retención y permanencia de los estudiantes durante su proceso de formación profesional, buscando fortalecer las competencias personales e interpersonales, preparándolos a que obtengan unas prácticas exitosas y puedan desenvolverse en el campo laboral.



En función de establecer mayor fortalecimiento investigativo en las actividades del CAP de la facultad de psicología, se ha determinado contemplar el desarrollo de proyectos que sustentados puedan contribuir con conocimientos acerca de los procesos psicológicos generados en este centro. En este sentido se propende por la consolidación de un estudio de caracterización en relación a los trastornos clínicos prevalentes en los consultantes del centro de asesoría psicológica.

La realización de un estudio de caracterización puede permitir poner en evidencia la prevalencia de problemáticas detectadas en la población de estudiantes y egresados consultantes del centro de asesoría psicológica CAP de la Universidad de la Costa C.U.C. Se hace por tanto sustentable el desarrollo de una novedosa propuesta investigativa que trabaje con una función descriptiva de tal prevalencia clínica en la población de consultantes dada en los años 2010 y 2011. Lo anterior obedece dado la escasa información sobre los aspectos de la identificación y caracterización de los consultantes del centro de asesoría psicológica con relación a los procesos del motivo de consulta. Un trabajo investigativo que permita conectar conocimiento estadístico con el campo de la psicología, con el fin de optimizar y favorecer la caracterización de los consultantes del centro de atención psicológica de la facultad de psicología de la Universidad de la Costa C.U.C.

El presente trabajo de investigación se hace pertinente en razón de la importancia de contar con estudios epidemiológicos que permitan ser de apoyo a procesos de optimización en la información referente a los factores relacionados con la salud mental en la población de estudiantes y egresados del CAP de la facultad de psicología de la universidad de la Costa en calidad de consultantes durante los años 2010 y 2011.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar los trastornos clínicos prevalentes en los estudiantes y egresados de la facultad de Psicología que consultan en el Centro de Asesoría Psicológica, C.A.P de la universidad de la Costa C.U.C, desde una perspectiva descriptiva a partir de la clasificación diagnostica de los casos reportados en los años 2010 y 2011.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a partir de la codificación de los formatos de historia clínica, los Trastornos clínicos en los estudiantes y egresados que consultan en el Centro de Asesoría Psicológica, CAP de la Universidad de la Costa, C.U.C
- Describir los diagnósticos clínicos prevalentes en los consultantes y egresados, establecidos según los terapeutas del Centro de Asesoría Psicológica, CAP de la Universidad de la Costa, C.U.C.
- Diferenciar los trastornos clínicos prevalentes de los estudiantes y egresados durante los años 2010 y 2011 del Centro de Asesoría Psicológica, CAP de la Universidad de la Costa, C.U.C.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1. LA EPIDEMIOLOGÍA**

Según la organización mundial de la salud, 2012: “La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes” (OMS, 2012).

La epidemiología moderna nace en el siglo XIX con teorías, postulados y bases que se vienen desarrollando desde el siglo XVII de la mano con los avances de la medicina, los sistemas de atención en salud, el comportamiento de enfermedades y epidemias, hasta llegar a nuestro tiempo, en el que todos los avances e investigaciones significativas en el campo de la salud requieren la participación de la epidemiología.

En Colombia la epidemiología ha sido definida por algunos destacados autores de la siguiente manera:

"es la disciplina que estudia la distribución de frecuencia de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de esta distribución." (Coliman, 1990, p.2.)

"es una rama aplicada de la ciencia que estudia la salud y la enfermedad de la población humana. Su objetivo es mejorar la salud de la población." (Londoño, 1995, p. 17).

Los estudios epidemiológicos por tanto nos van a dar una información importante sobre las relaciones existentes entre distintas variables que van a influir en la aparición de un fenómeno. En la Caracterización de los trastornos mentales es de gran beneficio la implementación de un estudio de la epidemiología que es la ciencia que estudia la frecuencia de las enfermedades en las poblaciones humanas, así como los factores que definen su expansión y gravedad. Consiste en la medición de la frecuencia de la enfermedad y en el análisis de sus relaciones con las diversas características de los individuos o de su medio ambiente. En un principio la epidemiología se centraba solo en enfermedades infecciosas porque su frecuencia variaba en algunos casos como durante las epidemias. El primer estudio epidemiológico relevante fue realizado en 1849 por el médico inglés John Snow (padre de la epidemiología). John Snow observó que la epidemia de cólera que tuvo lugar en Londres, afectaba de manera especial a las regiones de la ciudad servidas por la bomba de agua de Broad Street. La epidemia comenzó su regresión al cerrar esa bomba. La epidemiología moderna estima la influencia de distintos factores: la edad (la mortalidad se incrementa en las personas de edad avanzada en el caso de las epidemias de gripe, debido a sus alteraciones respiratorias previas); el sexo (mayor incidencia de ataques cardíacos en los varones); o factores socioeconómicos (en la población sin recursos económicos, y en especial las personas sin hogar de las grandes ciudades), la tasa de tuberculosis es muy superior.

La investigación epidemiológica actual continúa interesándose por las causas de las enfermedades. En los últimos años se ha prestado mayor atención a la epidemiología de las enfermedades neoplásicas; determinando las causas de ciertos tipos de cáncer. La epidemiología se encuentra estrechamente relacionada con la medicina preventiva, la epidemiología experimental contribuye a la evaluación de medidas o campañas que tienen por objeto promover

la salud. Es posible afirmar que la evolución científica, tecnológica y el cambio en el nivel de vida de las poblaciones, modificaron el tipo de enfermedades que afectaban en mayor número y más gravemente a la población. Esta modificación puso de relieve enfermedades no infecciosas cuya elevada frecuencia de aparición no era consecuencia de los mecanismos clásicos de transmisión conocidos para las enfermedades infecciosas transmisibles. Estas enfermedades son conocidas hoy como enfermedades crónicas no transmisibles y también son materia importante de estudio en la epidemiología moderna.

La epidemiología cuenta con un método específico para lograr sus propósitos, constituido por el denominado método epidemiológico, el que corresponde a una secuencia circular de etapas: En un primer momento la epidemiología observa rigurosamente la realidad sin intentar modificarla (Nivel descriptivo); En una segunda etapa, se elaboran hipótesis exploratorias sobre la base de los paradigmas imperantes (nivel analítico); En un siguiente paso la epidemiología intenta verificar la validez de su hipótesis sometiéndola a la verificación de acuerdo con la estrategia escogida para el caso particular (Utilizando diferentes diseños de investigación); Luego prosigue la etapa de conclusión, de acuerdo a los resultados obtenidos, aceptándose o rechazándose la hipótesis original. Con la nueva evidencia la epidemiología elabora nuevas hipótesis que seguirán el mismo análisis descrito, alimentando el conocimiento y abriendo un nuevo ciclo de investigación. Es posible afirmar que el método epidemiológico es una aplicación particular del método científico. La particularidad del método epidemiológico está representada por el carácter propio de su estrategia y del cuerpo de conocimientos que produce. La observación de los fenómenos y la consecuente formulación de hipótesis descansan en el juicio crítico y creativo del investigador y se apoyan en los llamados estudios de prevalencia y de incidencia. La verificación de las hipótesis ocupan la atención de la epidemiología analítica la

que cuenta con los diseños de casos y controles, de cohorte y experimentales. Cada uno de ellos genera evidencia objetivable por indicadores de naturaleza matemática validados por procedimientos estadísticos de complejidad variable. El conjunto inédito de estos modelos o diseños y la producción de conocimientos que ha originado su aplicación, han dado identidad y estatura científica a la epidemiología (Rojas, 1994)

Un autor que nos muestra una teoría en los estudios epidemiológicos es Kahl- Martin Colimon en su libro: fundamentos de la epidemiologia, detalla que la epidemiologia trata de explicar el problema de la enfermedad como un proceso, como una secuencia de etapas que no se encuentran demarcadas en un sentido estricto sino que están interrelacionadas entre si y a la vez enmarcadas dentro del contexto social del área determinada, es entonces un proceso dinámico en donde intervienen una serie de factores que influyen sobre el concepto de salud y de enfermedad. Se notara que el hombre muere por causas que no son uniformes para todos los grupos sociales en todos los sitios. Observando las principales patologías que ocasionan la muerte, se palpan claras diferencias en grupos sociales a través del tiempo. Prosigue el autor planteando los usos de la epidemiologia, referidos de la forma siguiente:

Medir la naturaleza y magnitud de los problemas causados por las enfermedades en la comunidad, lo mismo que la variación de la patología según tiempo y lugar.

La patología cambia de un lugar a otro, no solamente con respecto al tipo de enfermedad sino también a la frecuencia de la misma. Se necesita entonces una metodología de estudio y unos indicadores para la mediación del fenómeno de la enfermedad y la mortalidad.

Tipo de enfermedades, en cuanto a la naturaleza de las enfermedades es muy importante conocer los tipos de enfermedad con las cuales el personal adscrito a los servicios se van a enfrentar.

Frecuencia de las enfermedades, se refiere a la medición de la patología con respecto a los habitantes que residen en una zona de observación, con respecto al periodo utilizado.

Se puede decir medir:

La proporción de prevalencia: o sea, la relación de las personas que presentan una patología con respecto a los habitantes del área.

La tasa anual de incidencia: o sea, la relación de individuos que contraen una patología con respecto a los habitantes de la zona, seguidos en un periodo de un año, por ejemplo.

La tasa anual de mortalidad; o sea, la mortalidad que se presenta en un periodo de un año, con respecto al seguimiento durante el mismo periodo a los habitantes del área.

La metodología para la medición de estos eventos puede hacerse mediante un estudio de corte, como la prevalencia establecida en un momento dado por la proporción de sujetos con una enfermedad o bien por medio de un estudio longitudinal como en la incidencia.

Aclarar el enfoque clínico de la enfermedad, estudiándolo a través de su historia natural y social.

Estudiar la etiología de la enfermedad, estimando el riesgo de enfermedad de acuerdo con ciertos factores ambientales a los cuales se expone el individuo en la comunidad.

Predecir el curso de las enfermedades tanto a nivel comunitario como a nivel individual mediante un estudio probabilístico.

Siendo uno de los papeles de la epidemiología el cálculo de la frecuencia de las enfermedades, esta función puede hacerse año por año o en periodos diferentes para saber la relación. La recopilación de estos datos por tiempos sucesivos permite apreciar el comportamiento de una patología año por año y su revolución en un área que puede mostrar una tendencia hacia el alza o a la estabilidad, con algunas fluctuaciones o variaciones estacionarias.

Al extrapolar esta tendencia bajo el supuesto de que las condiciones y mediadas de acción de salud sigan iguales, se tiene la proyección de una patología para el año inmediatamente siguiente para un lapso máximo de 5 años ya que podría originar un error relativamente grande para la proyección por un tiempo más largo.

La proyección se hace originalmente a nivel de grupos sociales para el individuo bajo el supuesto de condiciones uniformes en el grupo social, reconociendo que el hombre es un ser social que tiene que interactuar con su grupo específico que lo ubica en contexto, a pesar de ciertas diferencias de edad, de sexo, de educación y de otros aspectos relevantes.

Para obtener una comprensión más profunda de los procesos biológicos, la descripción del evento biológico y el estudio de su distribución, de acuerdo con las diferentes variables de personas, tiempo y lugar, dan base para entender mejor la situación de dicho evento, ver en qué circunstancias disminuyen o aumenta su frecuencia.

El plantear el estudio etiológico de los eventos de salud es una de las finalidades primordiales de la epidemiología para el estudio de los factores causantes de la ocurrencia y de la distribución de las enfermedades.



El planteamiento de las investigaciones etiológicas comprende dos modalidades. Por un parte la formulación de la hipótesis, y por otra parte, la prueba de hipótesis que puede ser de causalidad, de curación o de prevención.

La primera parte de un estudio epidemiológico en función de la formulación de hipótesis, puede nacer de la observación de la distribución de los eventos en salud, también como conclusión de estudios sustitutos o complemento de la exploración de algún evento en los estudios analíticos. Se formula hipótesis de causalidad para plantear la relación existente entre dos o personas, tiempo y lugar. Generalmente, se establece la relación de tipo causal entre uno o más factores de riesgo con respecto a un efecto o enfermedad.

Vigilar la patología de un área y los programas por los organismos sanitarios y contribuir a los aspectos de planificación en salud para su evaluación.

La vigilancia epidemiológica consiste en un proceso regular y continuo de observación e investigación de la patología en un área de procedimiento muy útil para la planeación y evaluación de las medidas de acción en salud (Coliman, 1990).

En un estudio realizado en la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín por Rodrigo Mazo Zea, Catherine Londoño y Yeison Felipe Gutiérrez (2011), Titulado, Estrés académico en estudiantes de pregrado.

Según Mazo, Londoño y Gutiérrez (2010): “El estrés es un fenómeno que ha tenido diversas orientaciones y posturas, tiene que ver con la función que tiene el medio ambiente y la interpretación que le da el ser humano a éste, es un fenómeno complejo que involucra estímulos, procesos psicológicos y respuestas. Estos fenómenos se presentan de igual manera en el ámbito escolar, dando paso al Estrés Académico, que hace alusión a todas las variables físicas, emocionales, relacionales o

ambientales que influyen sobre el rendimiento académico, la capacidad de solución de problemas, las interrelaciones, el autorreconocimiento, y demás características propias del ámbito.” (p.24.)

En este estudio se propone el Diseño y Validación del Inventario de Estrés Académico en Estudiantes de Pregrado de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín con el fin de crear una prueba confiable que permita evaluar los niveles de estrés académico en esta población y realizar un análisis diferencial de esta característica en dicha población. Se realizó una aplicación piloto para determinar la validez de contenido, criterio y constructo. Del instrumento original, compuesto por dos encuestas y un total de 30 ítems para cada una se derivó un instrumento compuesto de dos escalas con 25 ítems cada una, evaluada en una escala de Likert de 5 puntos. Se realizó la aplicación general a una muestra de 604 personas de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, teniendo en cuenta el número de personas correspondiente a cada Escuela. Dicha aplicación se llevó a cabo en el periodo 2008-2, con un inventario de 50 preguntas, divididas en dos escalas, cada una de 25 preguntas, la primera que evalúa la variable de Susceptibilidad al Estrés y la segunda el Contexto Académico. Se realiza un análisis de confiabilidad de la prueba por medio del Alfa de Cronbach, que arrojó un nivel de confiabilidad por encima de 0,819 para la prueba en general. El Inventario de Estrés Académico arrojó datos teniendo en cuenta las variables de Género, Edad, Escuela a la que pertenecen y Nivel de Estudios.

En cuanto a los resultados, cabe resaltar que no se evidenciaron diferencias significativas de estrés académico en el género de las personas, aunque sí hubo variaciones leves en la susceptibilidad al estrés, mayor para mujeres y en el contexto académico, mayor para hombres. Hubo equilibrio en los datos referentes a la edad de las personas que participaron en la aplicación del Inventario. Se evidenció que las escuelas con mayores niveles de estrés académico

son Ciencias de la Salud y Educación y las de menor puntaje son Derecho y Ciencias Políticas y Ciencias Sociales. En cuanto a nivel de estudios se observó mayor susceptibilidad al estrés en el noveno semestre y mayor puntaje en contexto académico en cuarto y noveno semestre. Con los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento se da espacio para la creación de programas de prevención e intervención que permitan disminuir síntomas y hacer acompañamiento (Peña, Urbina, Duque, Javela, Riveros, 2010).

### **5.1.1. Prevalencia de Trastornos Mentales en Estudiantes Universitarios**

#### **Usuarios del Servicio de Psicología**

Las posteriores investigaciones tienen como base las teorías epidemiológicas, la psicóloga Olga María Vargas Ramos, Maríantonía Lemos Hoyos, Beatriz Eugenia Toro de la *Universidad CES - Medellín, Colombia* y Nora Helena Londoño Arredondo de la *Universidad de San Buenaventura*, realizaron una investigación cuyo título es: “Prevalencia De Trastornos Mentales En Estudiantes Universitarios Usuarios Del Servicio De Psicología”. El propósito de su investigación fue estimar la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios que asisten al Servicio Psicológico de Bienestar, así como la evaluación de los factores psicosociales presentes en la población estudiada. La muestra estuvo conformada por 67 estudiantes, a los que se les aplicó la entrevista estructurada MINI y un *checklist* de problemas psicosociales y ambientales. El trastorno con mayor prevalencia fue el episodio depresivo mayor, seguido por ansiedad generalizada y fobia social. Los problemas psicosociales más comunes fueron los relativos al ambiente primario, a la enseñanza y al ambiente social. Se encontró asociación entre los trastornos del estado del ánimo y los problemas relativos al grupo primario, que señala la

importancia de la familia en el origen y el mantenimiento de estos trastornos (Ramos, Lemos, Toro & Londoño, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud (2008), la salud mental se concibe como la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de los individuos; es más que la ausencia de un desorden mental, es la capacidad de pensar y aprender, la potestad de comprender y vivir con las emociones y las reacciones de otros; es un estado de equilibrio entre sí mismo, la sociedad y el ambiente, donde toman parte factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales, entre otros (Ramos, Lemos, Toro & Londoño, 2008).

La psicopatología por su parte se entiende a nivel popular como la ausencia de salud mental. Desde el punto de vista científico, una definición exacta de este concepto ha sido difícil de construir a lo largo de los tiempos, ya que este fenómeno puede ser tan complejo que no se alcanza a abarcar fácilmente desde una visión particular (Belloch, Sandin & Ramos, 2004).

Partiendo desde un enfoque de vulnerabilidad estrés, se podría definir la psicopatología como una disminución en la estabilidad personal o una incapacidad de llevar a cabo los roles esperados según su etapa del desarrollo, lo cual está típicamente acompañado de una sensación de malestar emocional. La psicopatología es entonces el producto de una disfunción del ser humano para responder a los eventos del medio debido a una vulnerabilidad específica del mismo que hace que el evento estresante lo desborde (Ingram & Price, 2001)

Los estudios de salud mental en Colombia reflejan datos importantes a nivel de la psicopatología. De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social, los datos del Estudio de Salud Mental del 2003 señala que un 40,1% de la población colombiana ha tenido algún trastorno mental a lo largo de su vida (Ramos, Lemos, Toro & Londoño, 2008). Estos datos son

alarmantes, pero pueden llegar a Comprenderse mejor cuando se analiza uno a uno los distintos trastornos mentales y su prevalencia.

### **5.1.2 Síndrome de Burnout en estudiantes de dos Facultades de Medicina. Un estudio comparativo entre una institución Colombiana y una Mexicana**

El objetivo central de la investigación fue establecer si existía una diferencia significativa en los niveles con que se presenta(n): a) el Síndrome de Burnout, b) sus dimensiones constitutivas y c) sus indicadores empíricos; en los alumnos de dos facultades de medicina, una colombiana y otra mexicana. Para su estudio se aborda el Síndrome de Burnout desde un enfoque conceptual unidimensional, mientras que teóricamente se apoya en el modelo de Winnubst (1993). Para el logro del objetivo formulado se realizó un estudio no experimental, transeccional y comparativo a través de la aplicación de la Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil a 203 alumnos (98 de Colombia y 105 de México); su principal resultado permitió afirmar que existe una diferencia significativa en el nivel con que se presenta el Síndrome de Burnout en las dos poblaciones estudiantiles estudiadas.

Para la recolección de la información se encuestaron en total a 203 alumnos; 98 de la Facultad de Medicina de la Universidad del SINU Elias Bechara Zainum, Seccional Cartagena, Colombia (48.3%) y 105 de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Torreón, México (51.7%).

La distribución de los alumnos, según las variables sociodemográficos estudiadas, fue la siguiente:

a) Colombia

- El 46.9% pertenecen al género masculino y el 53.1% al género femenino.
- La edad mínima es de 19 años y la máxima de 33 años, siendo la media de 22 años.
- El 60.2% de los alumnos encuestados estudiaban al momento de la aplicación de la encuesta el noveno semestre y el 39.8% el décimo semestre.

b) México

- El 49.5% pertenecen al género masculino y el 50.5% al género femenino.
- La edad mínima es de 19 años y la máxima de 27 años, siendo la media de 21 años.
- El 29.5% de los alumnos encuestados estudiaban al momento de la aplicación de la encuesta el sexto semestre, el 50.5% el octavo semestre y el 20% el décimo semestre.

Para la protección de los participantes se realizaron las siguientes acciones:

a) en el cuestionario a llenar no se pidió el nombre, y en la presentación del mismo se les aseguró la confidencialidad de los resultados; b) en el background solamente se les solicitaron datos referentes a las variables socio demográficas y/o situacionales que eran de interés para el estudio, y en ningún momento se les solicitó algún otro tipo de información que pudiera comprometer su anonimato; y c) en la presentación del cuestionario se les hacía saber a los participantes que su llenado era voluntario y estaban en libertad total de contestarlo, o de no hacerlo.

El procedimiento implementado fue una recolección de la información donde se utilizó la Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil (Barraza, 2011b); esta escala consta de 15 ítems que pueden ser contestados mediante un escalamiento tipo lickert de cuatro valores: nunca,

algunas veces, casi siempre y siempre. La distribución de los ítems según las dimensiones establecidas fue la siguiente:

- Indicadores comportamentales: ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 14 y 15
- Indicadores actitudinales: ítems 6, 8, 10, 12 y 13

Esta escala reportó originalmente una confiabilidad de .91 en alfa de cronbach y de .89 en la confiabilidad por mitades, según la fórmula de Spearman Brown; así mismo, en su proceso de validación se obtuvieron evidencias de validez basada en la estructura interna a través de los procedimientos denominados: análisis de consistencia internas, análisis de grupos contrastados y análisis factorial (Barraza, 2011b).

El análisis descriptivo de los resultados se realizó en tres momentos: a) en un primer momento se desarrolló el análisis descriptivo, el análisis correlacional y de diferencia de grupos con los estudiantes colombianos, b) en un segundo momento se efectuó el análisis descriptivo, el análisis correlacional y de diferencia de grupos con los estudiantes mexicanos, y c) en un tercer momento se realizó el análisis de diferencia de grupos entre las dos poblaciones estudiantiles estudiadas.

Los análisis descriptivos de diferencias de grupo se realizaron tomando como base los estadísticos t de Student y ANOVA on way, según correspondiera, mientras que el análisis correlacional se realizó utilizando el coeficiente r de Pearson. La regla de decisión para todos estos análisis fue  $p > .05$ . Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS versión 15.

Los resultados obtenidos Facultad de Medicina de Colombia fueron los siguientes:

Se puede observar que los ítems que se presentan con mayor frecuencia son: El tener que asistir diariamente a clases me cansa, Durante las clases me siento somnoliento y Antes de terminar mi horario de clases ya me siento cansado; cabe destacar que estos tres ítems conducen a conductas que reflejan un agotamiento físico exclusivamente. Por su parte, los ítems que se presentan con menor frecuencia son: Me desilusionan mis estudios, Cada vez me siento más frustrado por ir a la escuela y No creo terminar con éxito mis estudios; estos tres ítems corresponden a indicadores actitudinales del Síndrome de Burnout.

En lo que respecta a los dos tipos de indicadores que explora la EUBE, los resultados indican que los indicadores comportamentales presentaron una media de 1.58, mientras que los actitudinales una de 1.17. En lo general la variable Síndrome de Burnout se presenta con una media de 1.44. Esta media general, transformada en porcentaje (36%) e interpretada a partir de un baremo de cuatro valores: de 0 a 25% no hay burnout, de 26% a 50% se presenta con un nivel leve, de 51 a 75% se presenta con un nivel moderado y de 76% a 100% con un nivel fuerte o profundo, permite afirmar que los alumnos encuestados presentan un nivel leve de burnout.

Los resultados obtenidos en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Torreón, México fueron los siguientes:

Se puede observar que los ítems que se presentan con mayor frecuencia son: El tener que asistir diariamente a clases me cansa, Durante las clases me siento somnoliento y Antes de terminar mi horario de clases ya me siento cansado; cabe destacar que estos tres ítems conducen a conductas que reflejan un agotamiento físico exclusivamente. Por su parte, los ítems que se presentan con menor frecuencia son: No me interesa asistir a clases, Cada vez me siento más



frustrado por ir a la escuela y No creo terminar con éxito mis estudios; estos tres ítems corresponden a indicadores actitudinales del Síndrome de Burnout.

En lo que respecta a los dos tipos de indicadores que explora la EUBE, los resultados indican que los indicadores comportamentales presentaron una media de 1.68, mientras que los actitudinales una de 1.31. En lo general la variable Síndrome de Burnout se presenta con una media de 1.56. Esta media general, transformada en porcentaje (39%) e interpretada a partir del baremo ya mencionado, permite afirmar que los alumnos encuestados presentan un nivel leve de burnout (Barraza & Malo, 2012).

### **5.1.3 Cansancio emocional, la cara del burnout en los estudiantes universitarios**

Landero Hernández René, González Ramírez Mónica Teresa Universidad Autónoma de Nuevo León, asumiendo los siguientes indicadores: agotamiento emocional, estrés percibido, eventos vitales estresantes, estudiantes universitarios.

El rol principal de un joven universitarios es el desempeñarse como estudiante, muchos de ellos lo desempeñan de manera exclusiva y es fácil considerar, por quienes no están viviendo esta situación, que la vida de estudiante es más relajada que estresante. Sin embargo, recientes investigaciones ponen de manifiesto que el estrés y el burnout es algo cotidiano en los estudiantes universitarios. Siendo el cansancio o agotamiento emocional la forma en que se presenta el síndrome de burnout

El burnout se considera una respuesta del estrés. Desde la perspectiva transaccional el estrés está determinado por la valoración amenazante o negativa que se hace de las situaciones que enfrentamos (estresores). Es así que el objetivo del presente estudio fue valorar la relación

entre el número de eventos valorados como negativos, el nivel de estrés percibido y el cansancio emocional en una muestra de 60 estudiantes de psicología, de los últimos tres semestres de la carrera. Para la medición de las variables mencionadas se utilizaron los siguientes cuestionarios:

a) Escala de estrés percibido (PSS) de Cohen, Kamarak, Mermelstein de 1983, en la versión adaptada culturalmente a México (González & Landero, 2007), b) Escala de cansancio emocional (ECE), de Ramos, Manga y Moran (2005) y c) Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV) de Sandín y Chorot (1987), el cual consta de una lista de eventos donde el sujeto debe indicar la valencia de los sucesos (positivo vs. negativo), para los análisis realizados se consideró el número de sucesos valorados como negativos (Landero & González, 2009)

Los resultados encontrados muestran correlaciones positivas y significativas del cansancio emocional con el estrés ( $r_s = 4.7$ ) y con el número de eventos valorados como negativos reportados por los estudiantes ( $r_s = 4.0$ ). Sin embargo, fueron pocos los eventos valorados como negativos, por lo que se realizó un análisis de diferencia de grupos considerando la mediana como punto de corte de los eventos valorados como negativos (4.5 situaciones); encontrando una diferencia significativa entre el grupo con pocas situaciones valoradas como negativas y el grupo con 5 o más situaciones valoradas como negativas, respecto a los puntajes de cansancio emocional ( $Z = -2.088$ ;  $p = 0.37$ ) y el estrés percibido ( $Z = -2.310$ ;  $p = .021$ ).

La valoración amenazante de las situaciones que se enfrentan es un detonante del nivel de estrés y del burnout, estos resultados apoyan los planteamientos de Lazarus y Folkman respecto a la importancia de la evaluación cognitiva en los procesos de estrés (González & Landero, 2007).

## **5.2. EL DIAGNOSTICO ACTUAL.**

### **5.2.1. DSM-IV Manual Diagnostico y Estadístico De Trastornos Mentales**

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DMS-IV; Ésta es la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association. La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, Comportamentales, interpersonales y familiares).

El presente manual es utilizado como herramienta clínica desde diversas profesiones: psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles. (José moral, México, 1989).

En el manual diagnóstico y estadístico DSM-IV es producto de 13 grupos de trabajo (v. apéndice K), cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros. Después de consultar de manera extensa con expertos y clínicos

de cada materia, se seleccionó para el grupo de trabajo a aquellos miembros que representaran un amplio abanico de perspectivas y experiencias. Los miembros del grupo de trabajo aceptaron la idea de trabajar como grupo de consenso y no como abogados de los conceptos anteriores. Además, el grupo de trabajo debía seguir un proceso formal basado en las pruebas disponibles.

Los grupos de trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV (pág. IX), que constaba de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún grupo de trabajo. Cada uno de los 13 grupos de trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 50 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodológica para la elaboración del XV, DSM-IV. Entre ellas, muchas han estado dedicadas a consultas entre los realizadores del DSM-IV y los de la CIE-10, con el fin de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas. Asimismo, han tenido lugar otras reuniones centradas en el papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales, en el diagnóstico geriátrico y en el diagnóstico psiquiátrico en los centros de asistencia primaria.

Con el fin de mantener líneas de comunicación extensas y abiertas, el Comité Elaborador del DSM-IV ha establecido contactos con muchos otros componentes de la American Psychiatric Association con más de 60 organizaciones y asociaciones interesadas en la confección del DSMIV(American Health Information Management Association, American Nurse's Association, American Occupational Therapy Association, American Psychoanalytic Association, American Psychological Association, American Psychological Society, Coalition for the Family,

Group for the Advancement of Psychiatry, National Association of Social Workers, National Center for Health Statistics, World Health Organization). Hemos intentado discutir los temas y los datos empíricos al empezar el trabajo, para poder identificar potenciales problemas y diferencias de interpretación.

Ha sido posible, asimismo, realizar intercambios de información mediante la distribución de un boletín informativo semianual (el DSM-IV Update), la publicación de una columna de manera regular en Hospital and Community Psychiatry y charlas en reuniones nacionales e internacionales, así como diversos artículos de revistas.

Dos años antes de la publicación del DSM-IV, el Comité Elaborador publicó y distribuyó ampliamente el DSM-IV Options Book. En este libro se incluía un resumen de las propuestas alternativas que se pensaban introducir en el manual, y se solicitaban opiniones y datos adicionales para su posterior deliberación. Recibimos una extensa correspondencia de gente interesada, que nos proporcionó información y recomendaciones sobre el impacto potencial de posibles cambios en el DSM-IV en la práctica clínica, la enseñanza, la investigación y el trabajo administrativo.

En el momento de tomar las últimas decisiones, los grupos de trabajo y el Comité Elaborador revisaron todo el material y toda la correspondencia reunidos. Creemos que la mayor innovación del DSM-IV reside no en cualquiera de los cambios específicos realizados, sino en el proceso sistemático y explícito mediante el cual se elaboró. Más que cualquier otra nomenclatura de trastornos mentales, el DSM-IV está basado en la observación empírica.

La documentación ha sido la base fundamental de la realización del DSM-IV. El DSM-IV Source book, publicado en cinco volúmenes, ha intentado proporcionar un registro de referencia

amplio y conveniente, tanto clínico como de investigación, para las diversas conclusiones a las que han llegado los grupos de trabajo y el Comité Elaborador. Los tres primeros volúmenes del Source book contienen versiones condensadas de las 150 revisiones de la literatura. El cuarto volumen consta de información sobre el reanálisis de datos, y el quinto aporta información sobre los estudios de campo y un resumen final de las bases racionales tenidas en cuenta a la hora de tomar las decisiones. Además, todo este esfuerzo estimuló la publicación de muchos trabajos que fueron de gran utilidad para el DSM-IV.

En Relación con la CIE-10; La décima revisión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE-10), llevada a cabo por la OMS, se publicaron en 1992, pero seguramente no tendrá un uso oficial en Estados Unidos hasta finales de los años noventa. Todas aquellas personas que han confeccionado la CIE-10 y el DSM-IV han trabajado en estrecho contacto para coordinar sus esfuerzos, lo cual ha dado lugar a una recíproca influencia. La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación.

Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10 (apéndice G). Los borradores clínicos y de investigación de la CIE-10 han sido revisados por los grupos de trabajo del DSM-IV y han proporcionado temas importantes para las revisiones de la literatura y los reanálisis de datos. El borrador de las versiones de los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10 se ha utilizado como alternativa de comparación en el DSM-III y en el DSM-III-R, y ha sugerido también una serie de criterios para los estudios de campo del DSM-IV. La enorme cantidad de consultas entre los autores del DSM-IV y de la CIE-10 (que fueron facilitadas por NIMH, NIDA y NIAAA) ha sido muy útil a la hora de

aumentarla congruencia y reducir las diferencias poco significativas entre los términos de los dos sistemas.

Definición de trastorno mental; A pesar de que este volumen se titula Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el término trastorno mental implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos mentales y físicos (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de físico en los trastornos mentales y mucho de mental en los trastornos físicos. El problema planteado por el término trastornos mentales ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo.

Es más, a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto trastorno mental. El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción como patología estructural (p. ej., colitis ulcerosa), forma de presentación de los síntomas (p. ej., migraña), desviación de la norma fisiológica (p. ej., hipertensión) y etiología (p. ej., neumonía neumocócica). Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

A pesar de estas consideraciones, la definición de *trastorno mental* del DSM-IV es la misma que la del DSM-III y la del DSM-III-R, ya que es tan útil como cualquier otra definición y, además, ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología, que deberían ser incluidas en el DSM-IV. En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido).

Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, el texto del DSM-IV (al igual que el texto del DSM-III-R) evita el uso de expresiones como «un esquizofrénico» o «un alcohólico» y emplea las frases «un individuo con esquizofrenia» o «un individuo con dependencia del alcohol».

Uso del DSM-IV Limitaciones del enfoque categorial El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y



transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial.

En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales.

El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. En reconocimiento a la heterogeneidad de los casos clínicos, el DSM-IV incluye series de criterios politéticos, en los cuales sólo se necesita presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general (p. ej., el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad requiere sólo 5 de los 9 rasgos definitorios).

Algunos participantes en el proyecto sugirieron que la clasificación del DSM-IV se realizara siguiendo un modelo dimensional, a diferencia del DSM-III-R, que empleó un modelo categorial.

El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación de categorías) y es de mayor utilidad en la descripción de los

fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos. A pesar de que este sistema aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica (ya que define atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías), posee serias limitaciones; por esta razón es menos útil para la práctica clínica y la investigación que el sistema de categorías. Las descripciones dimensionales numéricas resultan menos familiares y claras que los nombres de las categorías de los trastornos mentales. Es más, aún no existe acuerdo para la elección de las dimensiones óptimas que deben usarse para clasificar. Sin embargo, es posible que el aumento de la investigación y la familiaridad con los sistemas dimensionales conduzca a una mayor aceptación tanto como método de transmisión de la información como herramienta de investigación.

Por otra parte, la falta de familiarización con el manual o su aplicación demasiado flexible o estricta disminuyen su utilidad como lenguaje habitual de comunicación.

Consideraciones étnicas y culturales se ha hecho un importante esfuerzo en la preparación del DSM-IV para que el manual pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural (tanto dentro como fuera de Estados Unidos). Los médicos visitan diariamente a personas de diferentes grupos étnicos y culturales (incluidos inmigrantes).

La valoración diagnóstica puede constituir un reto cuando un clínico de un grupo étnico determinado usa el DSM-IV para evaluar a un paciente de otro grupo étnico. Un médico que no esté familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento, de las creencias y de la experiencia que son habituales en su cultura. Por ejemplo, ciertas prácticas religiosas o creencias (p. ej., escuchar o ver a un familiar fallecido durante el duelo) pueden diagnosticarse

como manifestaciones de un trastorno psicótico. Aplicar los criterios para el trastorno de la personalidad en diversas culturas puede ser extremadamente difícil debido a la amplia variación cultural del concepto del «yo», de los estilos de comunicación y de los mecanismos de afrontamiento.

El DSM-IV consta de tres tipos de información relacionada con aspectos culturales:

1) Una discusión sobre las variantes culturales de las presentaciones clínicas de los trastornos incluidos en el DSM-IV; 2) una descripción de los síndromes relacionados con la cultura no incluidos en el DSM-IV (se incluyen en el apéndice J), y 3) directrices diseñadas para ayudar al clínico a evaluar y a documentar de manera sistemática el impacto del contexto cultural del individuo (v. también apéndice J).

La amplia aceptación internacional del DSM indica que esta clasificación es una herramienta muy útil para identificar los trastornos mentales tal y como son padecidos por los individuos de todo el mundo. Sin embargo, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. Con el fin de facilitar su aplicación a personas de diversas culturas y etnias, el DSM-IV consta de un nuevo apartado dedicado a los rasgos ligados a la cultura. Este apartado describe cómo los aspectos culturales afectan al contenido y a la forma de presentación del síntoma (p. ej., trastornos depresivos caracterizados por una preponderancia de síntomas somáticos más que por tristeza), da a conocer también qué términos son preferidos para definir el malestar y aporta información sobre la prevalencia del trastorno (cuando es posible).

El segundo tipo de información cultural que se proporciona son los «síndromes relacionados con la cultura», descritos en una o algunas sociedades. El DSM-IV da a conocer dos

maneras para facilitar el reconocimiento de estos síndromes: 1) algunos son incluidos como ejemplos separados en la categoría «no especificados» (p. ej., amor, ataque de nervios), y 2) se ha confeccionado un apéndice de estos síndromes (apéndice J) que engloba el nombre de la enfermedad, las culturas en las que se ha descrito y una breve descripción de la psicopatología.

Con el fin de aumentar la aplicabilidad del DSM-IV entre las diferentes culturas, se ha confeccionado un apartado específico sobre cultura, en el que se incluye un glosario de síndromes relacionado con ésta y las directrices apropiadas para su comprensión. Es de esperar que estos nuevos aspectos permitan detectar con más sensibilidad el modo en que estos trastornos mentales se manifiestan en las diferentes culturas, reduciendo así el posible sesgo ocasionado por la formación cultural del clínico.

### **5.2.2. Uso del DSM-IV en la elección del tratamiento**

Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV.

### **5.2.3. La Distinción entre trastorno mental y enfermedad médica.**

Los términos trastorno mental y enfermedad médica se usan ampliamente a través de todo el manual. El término trastorno mental se ha explicado antes. El término enfermedad médica se usa como expresión para denominar enfermedades y trastornos que se encuentran fuera del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la CIE. Hay que subrayar que éstos son sólo términos de conveniencia y, por tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. De igual modo, sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o

biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales.

Organización del manual El manual se inicia con las instrucciones para su uso (pág. 1), seguidas por la Clasificación DSM-IV (v. págs. 13-24), que proporciona una lista sistemática de los códigos y categorías. A continuación se describe el sistema multiaxial para el diagnóstico (v. págs. 27-37) y los criterios diagnósticos de cada trastorno acompañados por un texto descriptivo (págs. 39-703). Por último, el manual incluye 11 apéndices.

Un instrumento que de gran valor para nuestro trabaja de grado es El manual diagnóstico y estadístico DSM-IV que es producto de 13 grupos de trabajo (v. apéndice K), cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros. Después de consultar de manera extensa con expertos y clínicos de cada materia, se seleccionó para el grupo de trabajo a aquellos miembros que representaran un amplio abanico de perspectivas y experiencias. Los miembros del grupo de trabajo aceptaron la idea de trabajar como grupo de consenso y no como abogados de los conceptos anteriores. Además, el grupo de trabajo debía seguir un proceso formal basado en las pruebas disponibles.

Los grupos de trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV (pág. IX), que constaba de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún grupo de trabajo. Cada uno de los 13 grupos de trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 50 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias

clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodológica. La décima revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE-10), llevada a cabo por la OMS, se publicaron en 1992, pero seguramente no tendrá un uso oficial en Estados Unidos hasta finales de los años noventa. Todas aquellas personas que han confeccionado la CIE-10 y el DSM-IV han trabajado en estrecho contacto para coordinar sus esfuerzos, lo cual ha dado lugar a una recíproca influencia. La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación.

Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10 (apéndice G). Los borradores clínicos y de investigación de la CIE-10 han sido revisados por los grupos de trabajo del DSM-IV y han proporcionado temas importantes para las revisiones de la literatura y los reanálisis de datos. El borrador de las versiones de los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10 se ha utilizado como alternativa de comparación en el DSM-III y en el DSM-III-R, y ha sugerido también una serie de criterios para los estudios de campo del DSM-IV. La enorme cantidad de consultas entre los autores del DSM-IV y de la CIE-10 (que fueron facilitadas por NIMH, NIDA y NIAAA) ha sido muy útil a la hora de aumentar la congruencia y reducir las diferencias poco significativas entre los términos de los dos sistemas. (DSM-IV, 1995).

### **5.3. PRIMER CENTRO DE ASESORÍA PSICOLÓGICO (CAP) Y LA RED DE INSTITUCIONES DE SERVICIOS UNIVERSITARIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA (ISUAP)**

Unos de los sucesos cruciales que marca un antes y un después en la atención psicológica a estudiantes universitarios es la creación del primer CAP este nace en 1972 como el Centro de Atención Psicológica en el antiguo Pedagógico de la Universidad de Chile, hoy Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE). El centro constituía una de las unidades de trabajo académico e investigación del Departamento de Psicología y atendía principalmente a alumnos y funcionarios, no existiendo la atención al público en general. En Septiembre de 1973, debido al golpe de estado, la labor del CAPS se vio interrumpida hasta el primer semestre de 1974. Desde 1975 hasta 1980, el centro funcionó bajo un nuevo nombre: Centro de Práctica Profesional, CENPRAPS, destinado como lugar de trabajo para alumnos en práctica de la carrera de psicología. En el CENPRAPS existían dos grupos de trabajo, uno enfocado a la Psicología Humanista, a cargo del profesor Gabriel Reyes, el otro a la Psicología Cognitiva, encabezado por Gabriela Brahms y Elida Picota, docentes representantes del modelo cognitivo conductual. A estos grupos se sumaba el funcionamiento de una unidad de psicología infantil y otro equipo de trabajo en el modelo conductual.

Teniendo en cuenta lo anterior nace LA RED (ISUAP) la cual en la actualidad es La Red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica (ISUAP) Bogotá D. C. La Red ISUAP, está conformada por las Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica pertenecientes a Facultades de Psicología de Colombia, quienes integran sus esfuerzos para unificar criterios entorno a la calidad en la prestación del servicio a sus usuarios, la

formación profesional de los estudiantes y el fortalecimiento de la investigación. La red ISUAP, pretende cualificar procesos de atención y formación para contribuir al desarrollo de investigaciones e intervenciones con proyección social que den respuesta a las necesidades de la población consultante y del desarrollo científico.



## **6. MARCO LEGAL**

El Programa de Psicología de la Universidad de la Costa está registrado en el Ministerio de Educación con resolución 2910 de Mayo 2007, con código SNIES 10286 a partir de octubre de 2007, otorga el título de Psicólogo con un plan de estudio a 10 semestres con 162 créditos académicos y de modalidad de estudio presencial (Universidad de la Costa, s.f.)

El programa inicia en el año 2000 con Norma Interna de Creación acuerdo # 003 de Noviembre de 1998, Registro ICFES del 1 de Junio de 1993 2810415000008111100 y tiene su primera cohorte en el año 2005.

Ley 30 de 1992 – Regula la educación superior, de allí nace el Consejo Nacional de Acreditación el cual tiene la responsabilidad de velar por los altos niveles de calidad de las instituciones de educación superior y sus programas académicos.

Ley 1090 de 2006 – Profesión de la Psicología y Código Deontológico y Bioética.

Ley 1188 de 2008, Numeral 2 – Competencias a incorporar en el currículo relacionadas con el desarrollo del conocimiento y dominio del sí mismo. Constitución política, (1991). Código deontológico del psicólogo.

### **Titulo 9. INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**

Artículo 49°. Todo/a Psicólogo/a, en el ejercicio de su profesión, procurará contribuir al progreso de la ciencia y de la profesión psicológica, investigando en su disciplina, ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico y comunicando su saber a estudiantes y otros profesionales según los usos científicos y/o a través de la docencia.

Artículo 50°. En la investigación, el/la Psicólogo/a se abstendrá y se negará absolutamente a causar en la persona daños permanentes, irreversibles o innecesarios para la evitación de otros mayores. La participación en cualquier investigación deberá ser autorizada explícitamente por la/s persona/s con la/s que ésta se realiza, o bien por sus padres o tutores en el caso de menores o incapacitados.

Artículo 51°. Cuando la investigación psicológica requiera alguna clase de daños pasajeros y molestias, como choques eléctricos o privación sensorial, el investigador, ante todo, se asegurará de que los sujetos participen en las sesiones experimentales con verdadera libertad, sin constricciones ajenas de tipo alguno, y no los aceptará sino luego de informarles puntualmente sobre esos daños y obtener su consiguiente consentimiento. Aun habiendo inicialmente consentido, el sujeto podrá en cualquier momento decidir interrumpir su participación en el experimento.

Artículo 52°. Cuando la investigación requiera del recurso a la decepción o al engaño, el/la Psicólogo/a se asegurará de que éste no va a producir perjuicios duraderos en ninguno de los sujetos, y, en todo caso, revelará a éstos la naturaleza y necesidad experimental de engaño al concluir la sesión o la investigación.

Artículo 53°. La investigación psicológica, sea experimental, sea observacional en situaciones naturales, se hará siempre con respeto a la dignidad de las personas, a sus creencias, su intimidad, su pudor, con especial delicadeza en áreas como: a) el comportamiento sexual, que la mayoría de los individuos reserva para su privacidad, b) también en situaciones relacionadas con ancianos, accidentados, enfermos, presos, etc. c) que, además de cierta impotencia social entrañen un serio drama humano que es preciso respetar tanto como investigar.

## **7. DISEÑO METODOLÓGICO**

La investigación está centrada en el paradigma Empírico - Analítico por lo que las características fundamentales del objeto de estudio son accesibles a través de procedimientos prácticos con el objeto. Por su objetivo el nivel de alcance del estudio es descriptivo, procediendo con el tipo de investigación cuantitativa.

A partir de la información primaria disponible de los casos clínicos reportados en la ficha de consulta, se adelantó un análisis cuantitativo de caracterización epidemiológica, derivada de los registros de los consultantes en la base de archivos del CAP de la facultad de psicología de la universidad de la Costa. Por su temporalidad, el diseño es longitudinal de tendencia con dos cohortes (correspondientes a los años 2010 y 2011). El presente estudio tiene como finalidad, caracterizar la prevalencia de los trastornos clínicos con base en las mediciones estadísticas.

Se tomó como muestra de estudio 100 pacientes de un total de 130 pacientes, seleccionados de forma no probabilística por el método de criterio de expertos, es decir aquellos que contaban con la totalidad de los datos socio-demográficos del formato de historia clínica. Estos pacientes comprenden estudiantes y egresados que en su formato de apertura de historia clínica tuvieran todas las variables requeridas para la investigación a la vez que hayan asistido por primera vez a consulta en el año 2010 y de igual manera con el año 2011. El procedimiento se basó en la recolección de la información encontrada en el formato de historia clínica soportado en el CAP del cual se tomaron las variables para la construcción del instrumento formato de tabulación entregado a los terapeutas del CAP quienes lo diligenciaron e hicieron entrega al grupo investigador para posteriormente organizar y tabular los datos, verificando la información:

datos socio-demográficos y diagnostico proporcionados por los terapeutas para tener una validez de estos datos. Posteriormente se adelantó el procedimiento de tabulación y análisis estadístico para la organización informativa en términos de su comparación entre los años 2010 y 2011.

El instrumento utilizado fue elaborado a partir del formato de Historia Clínica, empleado en la base de archivo del Centro de asesoría Psicológica, CAP de la Universidad de la Costa, C.U.C tiene un carácter técnico ya que se trata de un conjunto de preguntas escritas, rigurosamente estandarizadas, siguiendo los estándares contemplados desde el código ético y deontológico del Psicológico, garantizando la confidencialidad de los consultantes y accediendo solamente a la información central disponible sobre cada caso.

## 8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

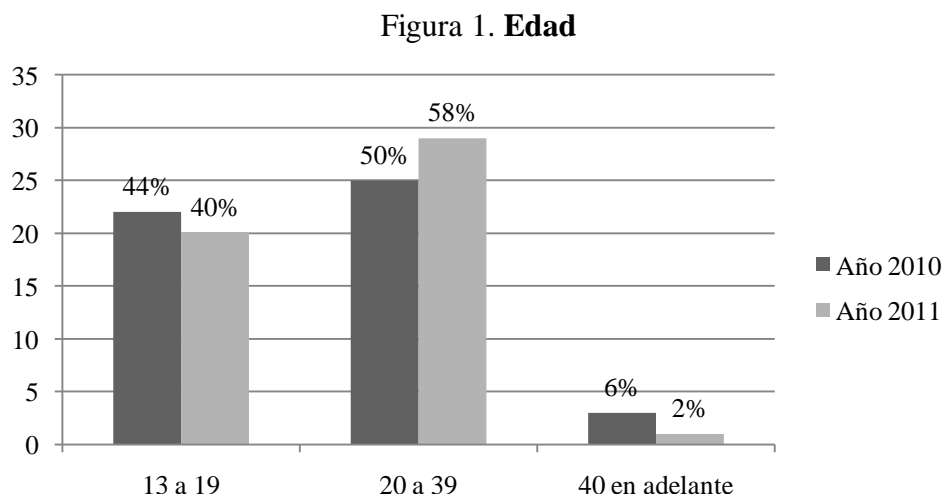
Los resultados de la presente investigación hacen cumplimiento a los objetivos específicos logrando identificar a partir de la codificación de los formatos de historia clínica registrados en la base de datos del Centro de Asesoría Psicológico CAP, de la Universidad de la Costa durante el período 2010 y 2011, el cual nos proporcionó con gran veracidad el poder caracterizar y cuantificar la tasa de prevalencia de los trastornos clínicos en los consultantes, se tomaron en cuenta los Datos Socio-demográfico, Motivo de Consulta y Diagnostico, para posteriormente describir los diagnósticos y diferenciar los trastornos clínicos prevalentes encontrados.

En términos generales, se encontró los siguientes datos:

### 8.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

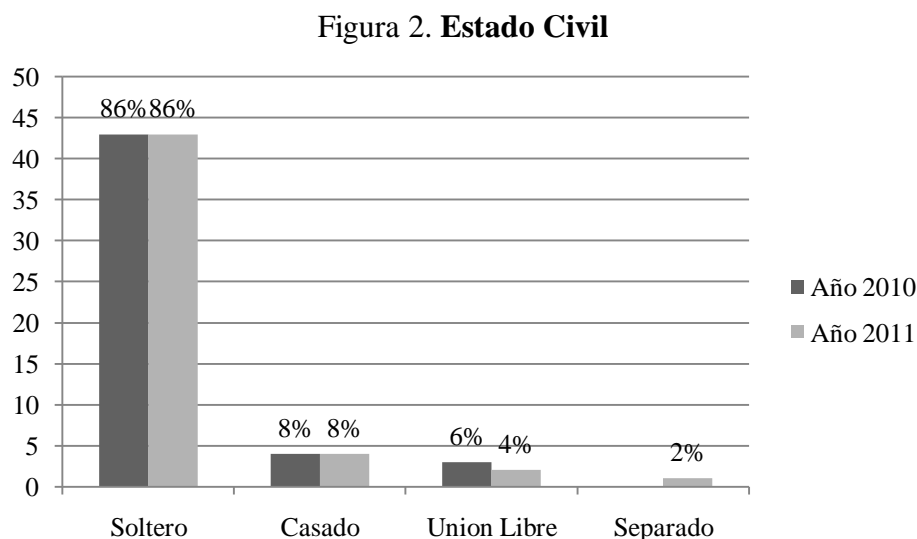
Al evaluar los resultados obtenidos en el trabajo de investigación, se obtuvo en el marco del proceso que:

#### 8.1.1. Edad.



Entre las variables evaluadas se destacó que la edad promedio que más consulta fueron el rango de 20 a 39 años, con un porcentaje de 50% que corresponde a 25 personas de 50 investigadas en el año 2010 y un 58% que corresponde a 29 personas de las 50 investigadas en el 2011 (ver Figura 1).

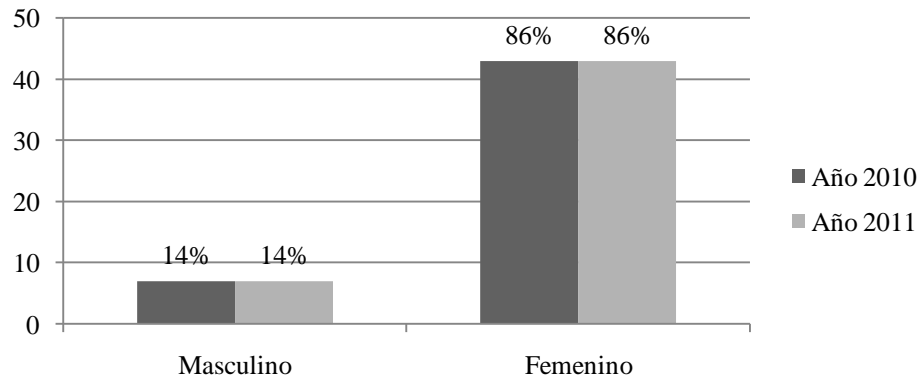
### 8.1.2. Estado civil.



No obstante, A demás se verificó que el 86% de los consultantes son solteros y que el 8% está casado en ambos años, y un mínimo de 4 % está en unión libre, cabe destacar que solo una persona está separada entre los pacientes que consultaron en el 2011. Mientras que en el año 2010 el 86% son solteros, el 8% casado y el 6% en unión libre y dentro de la población escogida no se presentaron como estado civil: separado. (Ver Figura 2).

### 8.1.3. Género.

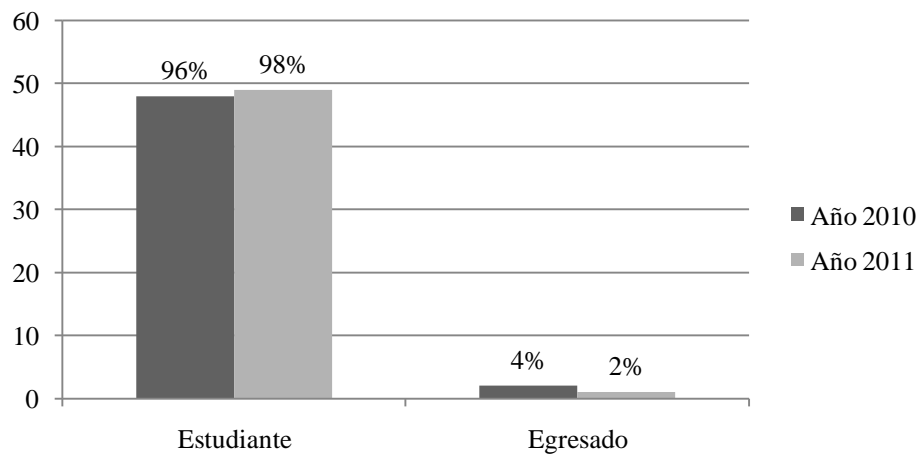
Figura 3. Género



Para efecto de diferencia de género se obtuvo que en ambos años consulten más mujeres con un porcentaje de 86%, que hombres con un 14% en cada año (ver Figura 3).

### 8.1.4. Tipo de Consultante.

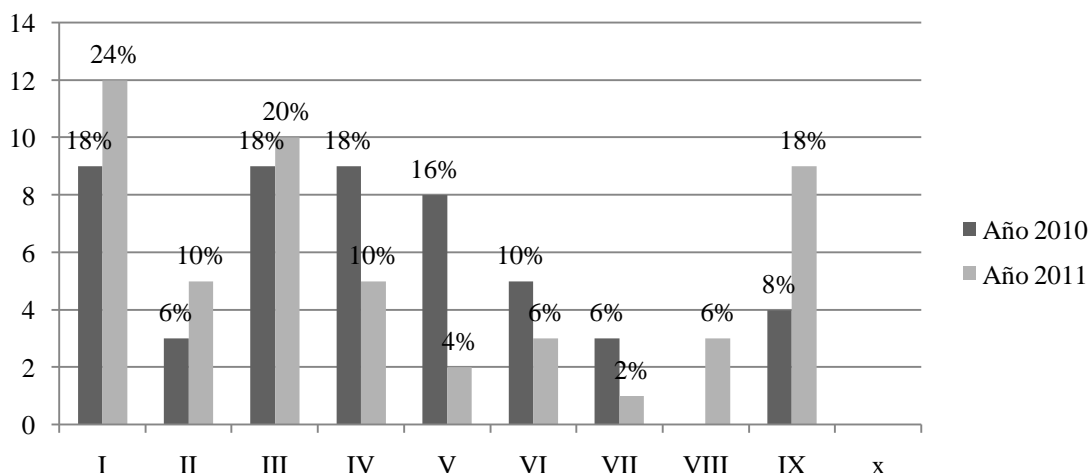
Figura 4. Tipo de Consultante



En cuanto a los egresados, se establece que dentro de la población estudiada consultaron 2 en el año 2010 para un porcentaje del 4% y en el 2011 consultó uno solo con un porcentaje del 2% (ver Figura 4).

### 8.1.5. Semestre.

Figura 5. Semestre

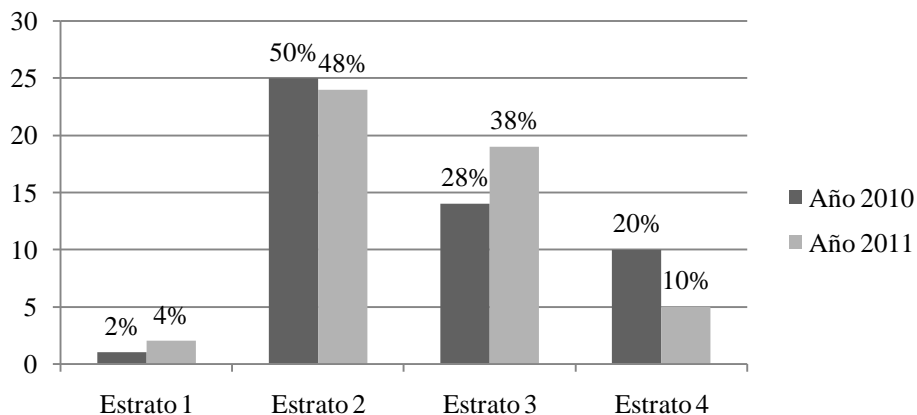


Se desataca que el primer semestre es el que más realizó consultas en los años reseñados. No obstante, en el 2010 hubo igualdad de petición de servicio de este semestre con el tercero y cuarto con porcentaje del 18% y el que menos consultó fue noveno con un 4% de la población escogida. Así mismo, en el año 2011 hubo consultantes de todos los semestres siendo relevante la mayoría poblacional de primer semestre con un 24% y una minoría en séptimo semestre con un porcentaje del 2% de la población estudiada (ver Figura 5).



### 8.1.6. Estrato Social.

Figura 6. Estrato Social



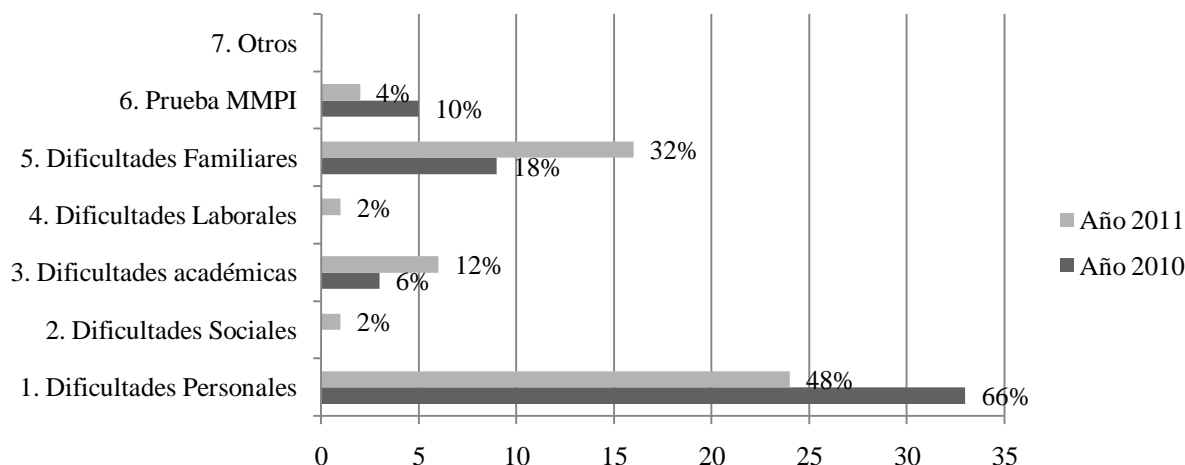
En el aspecto demográfico se obtuvo que esos consultantes pertenecen en su mayoría a los estratos 2, 3, 4, con porcentajes de 50%, 28% y 20% respectivamente en el año 2010 y en cuanto al 2011, los consultantes con mayores porcentajes se encuentran en estrato 2 con un 48% y estrato 3 con un 38%. Cabe anotar además que el estrato poblacional menos consultó fue el estrato 1 con un 2% en cada año del estudio (*ver Figura 6*).

## 8.2. CARACTERIZACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA Y DE LOS TRASTORNOS CLÍNICOS PREVALENTES

Se tomó una población de 100 individuos que consultaron por primera vez entre los años 2010 y 2011.

### 8.2.1. Motivo de consulta.

Figura 7. Motivo de Consulta



Estableciéndose la caracterización de los motivos de consulta se encontró que los problemas que más expresan en consulta son por dificultades personales, el cual marco un puntaje en el 2010 de 66% de 50 pacientes investigados y un 48% en el 2011 de igual números de investigados (*ver Figura 7*), también se encontró en el segundo orden de prevalencia dificultades personales con un porcentaje en el 2011 de 32% de 50 pacientes investigados y 18% en el 2010 de igual números de investigados (*ver Figura 7*).

### 8.2.2. Diagnósticos

El estudio efectuado determinó que los diagnósticos clínicos caracterizados fueron 67 en el 2010 y 68 en el 2011, arrojando como resultado la siguiente tasa de prevalencia:

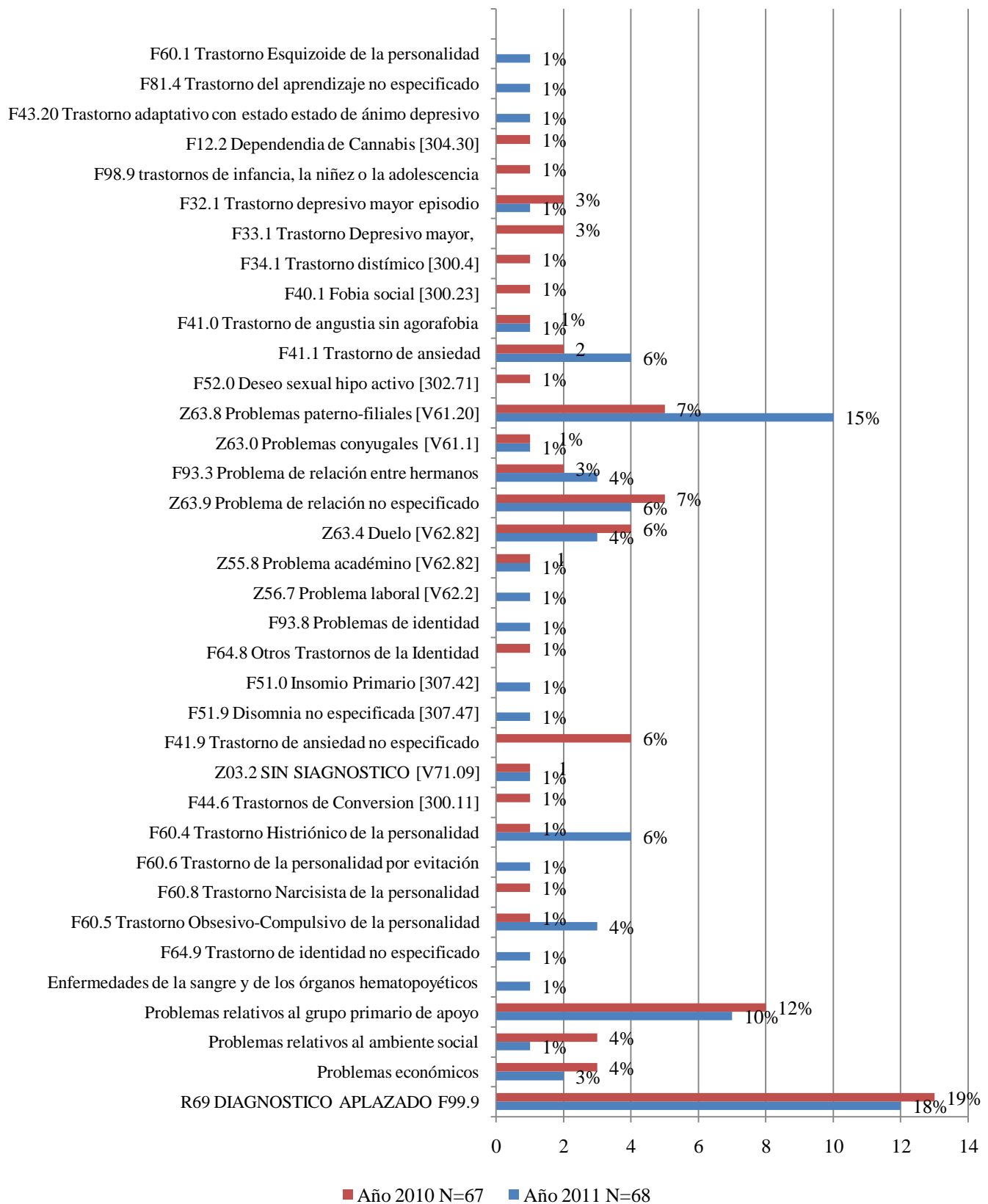
De la población de consultantes en el año 2010, existe una mayor prevalencia en las problemáticas de relación psicosociales y ambientales con una especificación de Problemas relativos al grupo primario puntuando un 12% en el 2010 (*ver Figura 8*). De igual forma le sigue en porcentaje de prevalencia los Problemas paterno-filiales con un 7%, otro diagnóstico

prevalente fue el de relación no especificado con un 7% dentro de los consultantes del 2010 (*ver Figura 8*). De igual forma se determinó que en el 2011 también obtuvo un porcentaje considerable los Problemas paterno-filiales con un 15% y una mayor prevalencia en las problemáticas de relación problemas psicosociales y ambientales con una especificación de Problemas relativos al grupo primario puntuando un 10% (*ver Figura 8*).

Algunos diagnósticos encontrados, aunque se presentan con relación a los anteriores especificados en menos proporción, es el correspondiente al Trastorno de ansiedad generalizado con un porcentaje del 6%. De los Trastornos de la personalidad se encuentra con un 6% el correspondiente al Trastorno histriónico de la personalidad (*ver Figura 8*).

El estudio permitió arrojar que el 19% de los consultantes del 2010 y el 18% del año 2011 fueron diagnosticados como aplazados para la contemplación de algún trastorno o problemática particular.

**Figura 8. Diagnostico**



## **9. CONCLUSIONES**

El desarrollo del presente estudio investigativo y su procedimiento bajo el marco de una caracterización, permite aportar al conocimiento epidemiológico en la disciplina de la psicología con los factores relacionados a la prevalencia de problemáticas detectadas en la población de estudiantes y egresados consultantes del Centro de Asesoría Psicológica CAP de la Universidad de la Costa C.U.C, asimismo se generan nuevos interrogantes a partir de los resultados arrojados para dar paso a investigaciones posteriores sobre la prevalencia de los trastornos clínicos en estudiantes y/o egresados de las facultades de psicología del país en el campo epidemiológico para orientar los procesos de formación integral de los profesionales de esta disciplina y actuar con respecto a los diagnósticos clínicos.

El estudio de investigativo sobre caracterización de los trastornos clínicos prevalentes en los consultantes del Centro de Asesoría Psicológica, C.A.P de la Universidad de la Costa, C.U.C durante el periodo de 2010 y 2011, evidencia que la prevalencia responde al diagnostico aplazado basado en los criterios del DSM-IV con una porcentualidad del 19% en el 2010 y del 18% en el 2011 respectivamente, este aspecto corresponde al Eje I cuando no se dispone de suficiente información para hacer una valoración diagnóstica acerca de un diagnóstico.

La segunda prevalencia corresponde a los problemas relativos al grupo primario de apoyo con un 12% en el 2010 y un 10% en el 2011 según el DSM-IV, esta descrito como un problema psicosocial o ambiental, puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones

experimentadas por una persona; siendo entre estoos el fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos; nacimiento de un hermano. Es de anotar que hay una disminución de este diagnostico entre 2010 y 2011 de un 2%.

La tercera prevalencia responde a los problemas paterno-filiales según el DSM-IV los problemas paterno-filiales el objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos, con una porcentualidad del 7% en el año 2010 y 15% en el 2011.

La prevalencia de acuerdo a la clasificación del DSM-IV fue de diagnostico aplazado, se considera al respecto que debe procederse por una nueva revisión de historias para emitir una impresión diagnostica. Los otros dos diagnósticos como son problemas relativos al grupo primario de apoyo y problemas paternos-filiales son importantes para tener en cuenta en el desarrollo de trabajos con los estudiantes y egresados con respecto a su formación profesional y personal.

Es importante resaltar un marco de diferencias entre los diagnósticos encontrados con respecto a otras investigaciones referenciadas en el marco teórico, como son aquellos estudios pertenecientes a la Red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológicos (ISUAP) de la cual es integrante la Facultad de Psicología de la Universidad de la Costa, en tales estudios se encontró que el trastorno con mayor prevalencia fue el episodio depresivo mayor,

seguido por el de ansiedad generalizada y fobia social. A su vez los problemas psicosociales más comunes fueron los relativos al ambiente primario, a la enseñanza y al ambiente social. Se encontró asociación entre los trastornos del estado del ánimo y los problemas relativos al grupo primario, que señala la importancia de la familia en el origen y el mantenimiento de estos trastornos; como lo revela la investigación realizada por Olga maría Vargas Ramos, Mariantonia Lemos Hoyos, Beatriz Eugenia Toro de la *universidad CES - Medellín, Colombia* y Nora helena Londoño Arredondo de la *Universidad de San Buenaventura* titulado “prevalencia de los Trastornos Mentales en Estudiantes Universitarios del Servicio de Psicología”.

Y por otro lado la investigación titulada: “Síndrome de burnout en estudiantes de dos facultades de medicina Un estudio comparativo entre una institución colombiana y una mexicana” realizada por Arturo Barraza Macías *Universidad Pedagógica de Durango, (México)* cuyo objetivo central fue establecer si existía una diferencia significativa en los niveles con que se presenta(n): a) el Síndrome de Burnout, b) sus dimensiones constitutivas y c) sus indicadores empíricos; en los alumnos de dos facultades de medicina, una colombiana y otra mexicana, el autor aborda el Síndrome de Burnout desde un enfoque conceptual unidimensional, mientras que teóricamente se apoya en el modelo de Winnubst (1993), bajo una metodología de estudio no experimental, transeccional y comparativo a través de la aplicación de la Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil a 203 alumnos (98 de Colombia y 105 de México) su principal resultado permite afirmar que existe una diferencia significativa en el nivel con que se presenta el Síndrome de Burnout en las dos poblaciones estudiantiles arrojando como los ítems mas prevalentes contestados los que se referían al cansancio emocional por el hecho de tener que asistir diariamente a clases o que antes de que culminara el horario académico se sentían cansados.

## **10. RECOMENDACIONES.**

El presente trabajo de investigación permite ofrecer las siguientes recomendaciones:

A partir de los resultados obtenidos de la investigación, se abra la posibilidad de seguir desarrollando estudios que permitan realizar un seguimiento periódico fundamentados en la caracterización de los consultantes, que permita dar detección a las variables que se destacan en el proceso de consultas generadas en el centro de Asesorías Psicológicas CAP de la universidad de la Costa, CUC, que conlleven al diseño de programas de intervención y/o capacitación de las áreas que la ameriten.

Contemplar el desarrollo de procesos investigativos que consolidados en las bases del campo epidemiológico, sean orientados además en el interés por el conocimiento de hipótesis casuales acerca de las condiciones de prevalencia en los diagnósticos clínicos generados en el centro de Asesoría Psicológica CAP de la facultad de psicología de la universidad de la Costa, CUC. Esto como continuidad del desarrollo de un estudio epidemiológico ya que estos estudios se dividen en etapas y la implementación de hipótesis es una segunda etapa.

El desarrollo del presente trabajo de investigación, dado su relevancia en la conformación de la caracterización de los trastornos clínicos de los consultantes del Centro de Asesoría psicológica CAP de la Universidad De la Costa CUC entre los años 2010 y 2011, permite plantear la importancia de conformar un grupo semillero en investigación, en el que puedan participar aquellos interesados en dar continuidad con perspectivas científicas y con la oportunidad de proseguir en el desarrollo del conocimiento y la formación investigativa, que sea de aporte a la facultad de psicología y a la institución, contemplando con ello el interés por el



fomento de la formación investigativa de los estudiantes de psicología de la universidad de la Costa, CUC.

Teniendo en cuenta la prevalencia de diagnósticos aplazados arrojados en el presente estudio investigativo del CAP se recomienda que se profundice con procesos atinentes en la formalización y constancia de impresiones diagnosticas como forma investigativa para el fortalecimiento de las actividades clínicas generadas en esta instancia, y con ello contribuir al desarrollo en la atención y apoyo para el bienestar de la población de estudiantes y egresados de la facultad de psicología de la universidad de la Costa, CUC.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahlbom, A., y Norell, S. (1987). *Fundamentos de epidemiología*. Madrid: Siglo XXI.
- Baldessarini, R.J., Finklestein, S. y Arana, G.W. (1983). The predictive power of diagnostics test and the effect of prevalence of illness. *Archives of General Psychiatry*, 40, pp.569-573.
- Barraza, A. & Malo, D. (2012). Investigaciones sobre salud mental. Patología, afrontamiento e intervención. México: Red Durango de Investigadores Educativos A.C. Recuperado de: <http://www.redie.org/librosyrevistas/libros/investigaciones.pdf>
- Beaglehole, R.; Bonita, R. y Kjellstrom, T. (1994). *Epidemiología Básica*. Washington: Oficina Panamericana de la Salud.
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2004). *Manual de Psicopatología*. Vol. 1. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Cochran, W.G. (1971). *Técnicas de muestreo*. México: Compañía Editorial Continental.
- Coliman, K.M. (1990). *Fundamentos de epidemiologia*. Ediciones Días de Santos, S.A.
- Cooper, B. (1987). *The epidemiology of Psychiatric Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Epidemiologia (2010) Organización Mundial de la Salud sitio web. Recuperado de Septiembre 16 de 2011 de: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
- Facultad de Psicología (s.f.) Universidad de la Costa sitio web. Recuperado de Octubre 10 de 2011 de:

[http://www.cuc.edu.co/index.php?option=com\\_flexicontent&view=items&cid=97:facultad-psicologia&id=224:psicologia&Itemid=346](http://www.cuc.edu.co/index.php?option=com_flexicontent&view=items&cid=97:facultad-psicologia&id=224:psicologia&Itemid=346)

Feinstein, A.R. (1985). *Clinical epidemiology. The architecture of clinical research*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

González, J.L., Rodríguez, F., y Sierra, A. (1993). *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson.

González, M. T. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 201-208.

González, M. T. y Landero, R. (2007). Factor de Estructura de la Escala de Estrés Percibido (PSS) en una muestra de México. *La Revista Española de la Psicología*, 10 (1), 201-208.

Historia del Caps (s.f.) Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile sitio web.

Recuperado de Septiembre 16 de 2011 de:

<http://www.facso.uchile.cl/psicologia/caps/historia.html>

Ingram, R. E., & Price, J. M. (2001). *Vulnerability to Psychopatology. Risk across the lifespan*. New York, USA: Guilford Press

Kahn, H.A., y Sempos, C.T. (1989). *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones*.

Barcelona: Statistical methods in epidemiology. New York: Oxford University Press. Salva Editores, S.A.

Katz, M.A. (1974). A probability graph describing the predictive value of a highly sensitive diagnostic test. *The New England Journal of Medicine*, 21, pp. 1115-1116.

Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L., y Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic Research. Principles and quantitative methods*. London: Lifetime Learning Publications.

La epidemiología y la salud pública (s.f.) Estudios del psicoanálisis y la Psicología sitio web.

Recuperado de Septiembre 16 de 2011 de <http://psicopsi.com/epidemiologia-salud-publica-definicion-ciencia-estudio>

Landero, R. & González, M. (2009) Cansancio Emocional, La cara de burnout en los estudiantes universitarios. Paper XXXVI Congreso del consejo Nacional para la enseñanza e investigación en psicología. “Un encuentro para la expresión sin fronteras”. *Revista del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en psicología*, (especial).

Recuperado de:

[http://www.uaeh.edu.mx/sistema\\_investigacion/funciones/bajarArchivo\\_web.php?producto=2301&archivo=26.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/sistema_investigacion/funciones/bajarArchivo_web.php?producto=2301&archivo=26.pdf)

Last, J.M. (1995). *A dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Ley 1188 de 2008 § congreso de la República (2008). Recuperado de:

[http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-159149\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-159149_archivo_pdf.pdf)

Ley 1090 de 2006 § Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre (2006). Recuperado de:

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley\\_1090\\_2006.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley_1090_2006.html)

Ley 30 de 1992 § Congreso de Colombia (1992). Recuperado de:

<http://www.mineduacion.gov.co/1621/article-86437.html>

Lilienfeld, A., y Lilienfeld, D.E. (1983). *Fundamentos de epidemiología*. México: Fondo Educativo Interamericano.

Londoño, J. L. (1995). *Metodología de la Investigación epidemiológica*. Medellín, Colombia:

Editorial Universidad de Antioquia. Recuperado de:

<http://es.scribd.com/doc/75606322/Metodologia-de-la-investigacion-epidemiologica>

Mac Mahon, B., y Pugh, T.F. (1975). *Principios y métodos de epidemiología*. México: La Prensa Médica Mexicana, S.A.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), 1995. MASSON, S.A.

Avda. Príncipe de Asturias, 20 - Barcelona (España) ISBN 84-458-0297-6 Versión

española Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, publicada por la

American Psychiatric Association de Washington.

Mazo, R. Londoño, C. Gutiérrez, Y. (2010). Estrés académico en estudiantes de pregrado. Paper XIV Congreso Colombiano de Psicología. 28 de abril al 1 de mayo, 2010, Ibagué, Colombia

Norell, S. (1987) *Work book of epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Norell, S. (1994) *Diseño de estudios epidemiológicos*. Madrid: Siglo XXI.

Peña, S.; Urbina, A.; Duque, C.; Javela, L. & Riveros A. (2010). Un encuentro de la diversidad en la Psicología. Paper XIV Congreso Colombiano de Psicología. 28 de abril al 1 de mayo, 2010, Ibagué, Colombia

Roa Álvaro, Alfonso (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid, España:

Editorial Ciencias de la Educación Preescolar y Especial CEPE, 1995 ISBN

9788478691951

Rojas, A. (1974) *Epidemiología básica en atención primaria de salud*. España: Díaz de Santos S.A.

Rothman, K.J. (1986). *Epidemiología moderna*. Madrid: Díaz de Santos.

Sackett, D.L., Haynes, R.B., y Tugwell, P. (1989). *Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Schlesselman, J.J. (1982). *Case-Control studies. Design, conduct, analysis*. New York: Oxford University press.

Selvin, S. (1991). *Statistical analysis of epidemiologic data*. New York: Oxford University Press.

Trastornos del estado del ánimo (s.f.). Silvia Bautista, Psicológica sitio web. Recuperado de:

[http://www.cop.es/colegiados/m-13902/Trast\\_adolescentes.htm#Agresividad](http://www.cop.es/colegiados/m-13902/Trast_adolescentes.htm#Agresividad)

Trillo, C. E. (s.f.) Conceptos Básicos de la Epidemiología. Recuperado de:


<http://es.scribd.com/doc/61558000/Conceptos-Basicos>

Vargas, O.; Lemos, M.; Toro, E. & Londoño, N. (2008). Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios usuarios del servicio de psicología. *International Journal of*

*Psychological Research*, 1 (2), pp 21-30. Recuperado de:

<http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/viewFile/420/411>

## 12. ANEXOS

 <div> <p><b>Caracterización de los trastornos clínicos prevalentes en los consultantes</b></p> <p><b>del Centro de Asesoría Psicológica, C.A.P de la</b></p> <p><b>Universidad de la Costa, C.U.C durante el periodo de 2010 y 2011</b></p> </div>	
<b>CODIGO #</b>	
<b>AÑO</b>	
<b>GENERO</b>	<b>1. MASCULINO</b> <b>2. FEMENINO</b>
<b>EDAD</b>	<b>1. 13 a 19</b> <b>2. 20 a 39</b> <b>3. 40 en adelante</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>1.SOLTERA/O    3.UNION LIBRE</b> <b>2. CASADA/O    4.SEPARADO/O</b>
<b>TIPO DE CONSULTANTE</b>	<b>1. ESTDUDIANTE</b> <b>2.EGRESADO</b>
<b>SEMESTRE</b>	
<b>ESTRATO</b>	
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>1. Dificultades personales</b> <b>2. Dificultades Sociales</b> <b>3. Dificultades Académicas</b> <b>4. Dificultades Laborales</b> <b>5. Dificultades Familiares</b> <b>6. Prueba MMPI</b> <b>7. Otros.</b>
<b>DIAGNOSTICO</b>	



FACULTAD DE PSICOLOGIA  
CENTRO DE ASESORIA PSICOLOGICA  
FORMATO DE HISTORIA CLINICA

FECHA \_\_\_\_\_



REMISION

VOLUNTARIA COMPANERO DOCENTE ADMINISTRATIVO OTRO:

NIVEL DE SOLICITUD

NORMAL

PRIORITARIO

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo y Celular: \_\_\_\_\_  
Correo Personal: \_\_\_\_\_  
Correo Institucional: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_  
Estrato: \_\_\_\_\_  
Servicio de Salud: \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE

EGRESADO

I II III IV V VI VII VIII IX X

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. ANTECEDENTES FAMILIARES



4. HISTORIA PERSONAL SOCIAL

5. HISTORIA FAMILIAR

PRUEBAS APLICADAS

MMPI	16PF	MACHOVER	TAT	WAIS	OTRA:
------	------	----------	-----	------	-------

6. OBSERVACIONES

7. HIPOTESIS DIAGNOSTICA

8. DIAGNOSTICO CIE10 – DSM IV

9. PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO

INTERCONSULTA

PSIQUIATRIA	NEUROLOGIA	OTRA
-------------	------------	------

\_\_\_\_\_  
FIRMA PSICOLOGO(A)

**CARTA DE ENTREGA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA,  
LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL  
TEXTO COMPLETO DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO**

Barranquilla, 13 de Febrero del 2013

Marque con una X  
Tesis ☐ Trabajo de Grado ☒

Yo Dorian Ximena Coba Galindo identificado con C.C. No. 32760879 de Barranquilla Y Bertha Cecilia Upegui Galofre, identificado con C.C. No.55306270 de barranquilla actuando en nombre propio y como autor de la tesis y/o trabajo de grado titulado **Caracterización de los trastornos clínicos prevalentes en los consultantes del Centro de Asesoría Psicológica, C.A.P de la Universidad de la Costa, C.U.C durante el periodo de 2010 y 2011**, presentado y aprobado en el año 2013 como requisito para optar al título de Psicóloga; hago entrega del ejemplar respectivo y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (DVD) y autorizo a la UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC, para que en los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia, utilice y use en todas sus formas, los derechos patrimoniales de reproducción, comunicación pública, transformación y distribución (alquiler, préstamo público e importación) que me corresponden como creador de la obra objeto del presente documento.

Y autorizo a la Unidad de información, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad de la Costa, CUC, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web de la Facultad, de la Unidad de información, en el repositorio institucional y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la institución y Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato DVD o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

El AUTOR - ESTUDIANTES, manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y la realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detenta la titularidad ante la misma. PARÁGRAFO: En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, EL ESTUDIANTE - AUTOR, asumirá toda la responsabilidad, y saldrá en defensa de los derechos aquí autorizados; para todos los efectos, la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Para constancia se firma el presente documento en dos (02) ejemplares del mismo valor y tenor, en Barranquilla D.E.I.P., a los 13 días del mes de Febrero de Dos Mil 2013

EL AUTOR - ESTUDIANTE. *Bertha Upegui Galofre* *Dorian Coba Galindo*  
C.C. 55306270 *Upegui* C.C. 32760879 *Coba*

**FORMULARIO DE LA DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO**

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS O TRABAJO DE GRADO:

**Caracterización de los trastornos clínicos prevalentes en los consultantes del Centro de Asesoría**

**Psicológica, C.A.P de la Universidad de la Costa, C.U.C durante el periodo de 2010 y 2011**

**AUTOR AUTORES**

Apellidos Completos	Nombres Completos
Coba Galindo	Dorian Ximena
Upegui Galofre	Bertha Cecilia

**DIRECTOR (ES)**

Apellidos Completos	Nombres Completos
Franco Montenegro	Mónica patricia

**JURADO (S)**

Apellidos Completos	Nombres Completos
Anguila González	Deissy
Abello Luque	Daniella
Roca Vides	Margarita Beatriz

**ASESOR (ES) O CODIRECTOR**

Apellidos Completos	Nombres Completos
Mass Torres	Leonardo Rafael

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Psicóloga

**FACULTAD:** Psicología

**PROGRAMA:** Pregrado ☒ Especialización \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PROGRAM:** Psicología

**CIUDAD:** Barranquilla

**AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO:** 2013

**NÚMERO DE PÁGINAS:** 71

**TIPO DE ILUSTRACIONES:**

☐

Ilustraciones

☐

Láminas

☐

Retratos

☒

Tablas, gráficos y diagramas

☐

Planos

☐

Mapas

☐

Fotografías

**MATERIAL ANEXO** (Vídeo, audio, multimedia o producción electrónica):

Duración del audiovisual: \_\_\_\_ minutos.

Número de casetes de vídeo: \_\_\_\_ Formato: VHS \_\_\_\_ Beta Max \_\_\_\_  $\frac{3}{4}$  \_\_\_\_ Beta Cam \_\_\_\_ Mini DV \_\_\_\_

DV Cam \_\_\_\_ DVC Pro \_\_\_\_ Vídeo 8 \_\_\_\_ Hi 8 \_\_\_\_ Otro.Cuál? \_\_\_\_

Sistema: Americano NTSC \_\_\_\_ Europeo PAL \_\_\_\_ SECAM \_\_\_\_

**Número de casetes de audio:** \_\_\_\_

**Número de archivos dentro del DVD** (En caso de incluirse un DVD diferente al trabajo de grado):

---

**PREMIO O DISTINCIÓN** (*En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial*):

---

**DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:**

**ESPAÑOL**

Trastornos mentales, Tipo de Consultante, Caracterizar, y Tasa de prevalencia.

**INGLÉS**

Mental disorders, type consultant, characterize, and prevalence rate.

**RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS:**(Máximo 250 palabras-1530 caracteres):

El presente trabajo investigativo tuvo como intención primordial caracterizar los trastornos y medir la tasa de prevalencia en los consultantes del centro de Asesoría Psicológico, CAP de la

Universidad de la Costa C.U.C. En primer lugar se hace un abordaje teórico de la problemática y su estado del arte, posteriormente se explica la metodología empleada y el alcance de la investigación, por último se caracteriza y se realiza una medición estadística de los tipos de consultantes ya sean estudiantes o egresados; semestre; genero; edad; estrato social; motivos de consulta y el diagnostico de los consultantes durante los años 2010 y 2011. En cumplimiento con el objetivo general del proyecto, entre los resultados se destaca y se determina que el trastorno que aqueja más a los consultantes del Centro de Asesoría Psicológica CAP de la Universidad De La costa C.U.C. está ubicado dentro del DSM-IV en el eje IV correspondiente a problemas psicosociales y ambientales con el nombre "Problemas relativos al grupo primario" durante el 2010 y 2011. De igual forma le sigue los trastornos: Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20] y Z63.9 Problema de relación no especificado [V62.81] pertenecientes al eje 1 del DSM-IV de los consultantes del 2010 y 2011.

The first intent of this research work was to characterize the disorder and measure the rate prevailing in the consultants Psychological Counseling Center, CAP of CUC Universidad de La Costa. First instance a theoretical description of the problematic is done and its state of art. Later, we explain the methodology and scope of the investigation. Finally, we characterized and perform a statistical measurement of the consultants, could be student or graduated; semester; gender; age; social strata; causes; and the diagnosis of the consultants during the years 2010 and 2011. Finally and in compliance with the overall objective, the results emerged of the project is determined that the disorder that afflicts more consultants Psychological Counseling Center of the Universidad De La Costa CUC it is located within the DSM-IV axis IV for psychosocial and environmental problems with the name "Problems relating to the primary group." During 2010 and 2011. Similarly follows disorders: Z63.8 parent-child problems [V61.20] and Z63.9 Unspecified problem relationship [V62.81] belonging to Axis 1 DSM-IV of the consultants in 2010 and 2011.